

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância



**INTERVENÇÃO DESENVOLVIDA NA AÇÃO PROGRAMÁTICA DE CRIANÇAS
DE 0-72 MESES, NA UBS FUNASA II, MANACAPURU-AM**

Geizeane Moraes da Cunha

Pelotas, 2015

Geizeane Moraes da Cunha

**Intervenção Desenvolvida na Ação Programática de Crianças de 0-72 meses,
na UBS Funasa II, Manacapuru-AM**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família – Modalidade a Distância –
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para
a obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família.

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C972i Cunha, Geizeane Moraes da

Intervenção Desenvolvida na Ação Programática de Crianças de 0-72 meses, na UBS Funasa II, Manacapuru-AM / Geizeane Moraes da Cunha; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico primeiramente a Deus, por sempre guiar meus passos e a minha família pelo apoio incondicional nessa jornada.

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador, professor Jandro Cortes, pela dedicação e por ter acreditado no meu potencial me conduzindo para a realização desse trabalho. Além de ser um conselheiro nas horas difíceis.

A minha mãe, Maria Antônia Vieira de Moraes, e meu pai Manoel Ferreira da Cunha pelo apoio nos momentos de dificuldades e por serem exemplos em minha vida.

Aos profissionais da estratégia de saúde da família, equipe 19, do município de Manacapuru pelo trabalho em equipe visando o progresso dos objetivos da intervenção. Pois esse trabalho de conclusão do curso leva a marca de cada um da equipe.

A todos os demais da equipe de professores da UFPEL pelo incentivo e atenção fornecida a cada aluno do curso.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1- Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde..... | 56 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Figura 2- Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida..... | 57 |
| Figura 3- Proporção de crianças com monitoramento de crescimento..... | 58 |
| Figura 4- Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas..... | 59 |
| Figura 5- Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento..... | 60 |
| Figura 6- Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro..... | 61 |
| Figura 7- Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade..... | 61 |
| Figura 8- Proporção de crianças com triagem auditiva..... | 62 |
| Figura 9- Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida..... | 63 |
| Figura 10- Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico..... | 64 |
| Figura 11- Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica..... | 65 |
| Figura 12- Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança..... | 66 |
| Figura 13- Proporção de crianças com registro atualizado..... | 66 |
| Figura 14- Proporção de crianças com avaliação de risco..... | 67 |
| Figura 15- Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta..... | 68 |
| Figura 16- Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie..... | 69 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

AM Amazonas

ACS Agente Comunitário de Saúde

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CEO Centro especializado de odontologia

DATASUS Departamento de Informática do Sistema único de Saúde

DST Doenças sexualmente transmissíveis

ESF Equipes de saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HPV Papiloma Vírus Humano

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de apoio a Atenção Básica

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PROVAB Programa de Valorização de Atenção Básica

SIAB Sistema de informação de Atenção Básica

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade básica de saúde

UFPEL Universidade Federal de Pelotas

Sumário

| | |
|---|----|
| Resumo | 08 |
| Apresentação | 09 |
| 1 Análise Situacional | 10 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional | 12 |

| | |
|--|----|
| 1.3 Texto comparativo..... | 27 |
| 2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção..... | 28 |
| 2.1. Justificativa..... | 28 |
| 2.2. Objetivos e Metas | 30 |
| 2.3. Metodologia..... | 32 |
| 2.3.1. Ações..... | 32 |
| 2.3.2. Indicadores | 39 |
| 2.3.3. Logística | 43 |
| 2.3.4. Cronograma..... | 46 |
| 3. Relatório de Intervenção | 47 |
| 3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas | 47 |
| 3.2. As ações previstas que não foram desenvolvidas. | 52 |
| 3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção. | 52 |
| 3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço..... | 53 |
| 4. Avaliação da Intervenção | 55 |
| 4.1. Resultados | 55 |
| 4.2. Discussão | 70 |
| 4.3. Relatório da intervenção para gestores | 71 |
| 4.4. Relatório da intervenção para comunidade..... | 73 |
| 5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem..... | 75 |
| 6. Bibliografia..... | 77 |
| Anexo A- Ficha espelho | 78 |
| Anexo B – Planilha de Coleta de Dados | 79 |
| Anexo C – Documento do comitê de ética | 80 |
| Apêndice A – Cartão de consultas | 81 |

Resumo

CUNHA, Geizeane. **Intervenção Desenvolvida na Ação Programática de Crianças de 0-72 meses, na UBS Funasa II, Manacapuru-AM.** 2015. 82f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

O panorama do trabalho desenvolveu-se em uma equipe de Saúde da Família em Manacapuru, Amazonas. Neste espaço físico funcionavam duas ESF, nomeadas área 19 e área 14 que atuam na atenção primária a saúde. Cada uma com um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde e 6 agentes comunitários cada área. Um total de 679 famílias, correspondendo a 2994 pessoas, acompanhadas na área 19 a qual desenvolvemos a intervenção, esta permanece subdividida em 6 micro áreas. A meta da intervenção pretendeu atingir 100% das crianças, que correspondia a 150 crianças na faixa etária de 0-72 meses em um período de 12 semanas. Adotamos o Caderno de Saúde da Criança do Ministério da Saúde de 2012, como protocolo da intervenção. Utilizamos a ficha espelho fornecida pelo curso para coleta dos dados. As ações foram realizadas no âmbito de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica. Entre as metas estabelecidas, tivemos sucesso no aumento do número de crianças cadastradas para 80% da meta, correspondendo a 120 crianças, aumento das crianças assistidas na primeira semana de vida para 55% (66/120), melhoria do acompanhamento nutricional e desenvolvimento para 85% (102/120), aumento das crianças realizando a suplementação de ferro para 83,8% (31 crianças de 37 na faixa etária de 6-24 meses), aperfeiçoamento das buscas ativas para 90% (9/10 crianças faltosas) nos domicílios e ampliamos os indicadores nos programas de imunização para 95,8% (115/120) e no incentivo ao aleitamento materno.

Palavras- chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

Apresentação

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), da Especialização em Saúde da Família, modalidade Educação à Distância (EAD), da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Rio Grande do Sul.

Ele foi desenvolvido no município de Manacapuru, uma cidade localizada a 84 km de Manaus e situada na margem esquerda do Rio Solimões, sendo um dos municípios amazonenses integrante da Região Metropolitana de Manaus. Com aproximadamente 85 144 habitantes e possui 18 unidades básicas de saúde, sendo 9 equipes de saúde da Família (ESF). A intervenção desenvolveu-se na UBS FUNASA 2, área 19.

Diversas atividades foram desenvolvidas, buscando a estruturação do Programa de puericultura na UBS. Portanto, o documento trata da melhoria na Atenção à Saúde da Criança, relativa à promoção da saúde nas crianças de 0-72 meses, residentes na área adscrita da UBS do município de Manacapuru, Amazonas.

O início das ações foi através de uma Análise Situacional, momento no qual foi realizado um levantamento de informações da UBS, da equipe de saúde e da dinâmica de trabalho como um todo.

Depois disso, partiu-se para a Análise Estratégica, quando se estabeleceram o objetivo geral, ou seja, o foco da intervenção, além dos objetivos específicos, as metas e ações a serem executadas.

Na sequência, veio à etapa da Intervenção. Nela implementou-se o projeto durante três meses, desenvolvendo as ações que foram planejadas na Análise Estratégica. Foram acompanhadas 120 crianças durante o trabalho.

Por fim, chegou o tempo da Avaliação. Reuniram-se todas as informações coletadas até então, calcularam-se índices, julgaram-se dados e números, avaliando o resultado alcançado em relação aos objetivos e metas.

A seguir, se apresentará detalhadamente cada etapa do trabalho, onde se conhecerá todo o caminho percorrido durante o processo de construção dessa Especialização em Saúde da Família.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

O panorama do trabalho desenvolveu-se em uma equipe de Saúde da Família em Manacapuru localizada há 84 Km de Manaus, capital do Amazonas. Apresenta uma boa estrutura física; composto por uma recepção, dois consultórios médicos, uma sala de curativo, farmácia, uma sala para coleta de citologia oncológica do colo de útero, laboratório somente para poucos exames do pré- natal, sala de vacinação, sala de nebulização, banheiro e um lugar destinado a pequenas refeições. Além disso, apresenta sala para atendimento e tratamento, bem como é a referência no acompanhamento de pacientes com Tuberculose e Hanseníase no município.

Sua estrutura física é muito organizada por aspecto cultural. Pois antigamente funcionava como um pequeno hospital e por isso ainda hoje além de atender a demanda da área adscrita, também dá assistência a população rural das estradas e flutuantes. O que aumenta de sobremaneira seus atendimentos.

Neste espaço físico funcionam duas equipes de saúde, nomeadas área 19 e área 14. Cada uma com um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de saúde e 6 agentes comunitários cada área. Um total de 679 famílias acompanhadas na área 19 a qual desenvolvemos a intervenção, esta permanece subdividida em 6 micro áreas. Estavam cadastradas efetivamente um total de 2994, sendo a faixa etária predominante entre 20- 39 anos. Quanto às condições socioeconômicas desta comunidade, somente 9,43% ingere água filtrada, 30,5% fazem cloração e 58,3% não fazem nenhum tratamento na água; esse abastecimento de água é predominante da Rede Pública (76,14%), poço ou nascente correspondem a 22,3%. Dessa população 10% apresentam sistema de esgoto, 60,3% usam fossas e 29,6% eliminam as fezes e urina a céu aberto. O destino do lixo é realizado em sua maioria por coleta pública 93,8% e quase 100 % dos moradores tem energia elétrica (98,82%).

A Unidade básica de saúde (UBS) funciona de segunda à sexta-feira das 7h às 17:30h, os pacientes são recepcionados e passam por uma triagem onde é aferida a pressão arterial, verificado o peso e altura. Também é observado o cartão vacinal das crianças, adolescentes e grávidas e direcionadas para a sala de vacinação caso incompleto. A partir de então, os clientes esperam o atendimento médico, do enfermeiro ou dentista. Cada dia é destinado a maioria das fichas a um grupo de

pacientes com características semelhantes (por exemplo, grávidas, crianças, diabéticos e hipertensos) , exceto na segunda-feira que a demanda é livre. São distribuídas 15 fichas todos os dias pela manhã e a tarde, sendo que 5 fichas extras que podem ser usadas para atendimentos de pequenas urgências ou pacientes portadores de tuberculose e hanseníase, perfazendo a possibilidade de um total de 40 atendimentos diários, exceto nos dia de pré-natal que são disponibilizadas 16 fichas/ diária em média.

A comunidade tem acesso às informações da UBS por meio de mapa do local de abrangência e cartazes com o nome dos profissionais atuantes no local. São atendidas além das pessoas da comunidade, clientes provenientes do interior local, estradas, áreas ribeirinhas e de outras UBS quando estas precisam de suporte.

A relação com a comunidade parece interativa, pois segundo os dados de fevereiro, a UBS realizou 815 visitas domiciliares neste mês, considerando que a equipe cobre 679 famílias, entende-se que uma família pode ter sido visitada por mais de uma vez. Isso é importante, sobretudo para manter a comunidade informada dos programas, atendimentos e rotinas oferecidos pela unidade básica, bem como dar uma assistência maior as pessoas que não podem se deslocar de seus domicílios para adquirir orientações e cuidados de saúde.

Até o momento o que não é rotina na unidade são reuniões periódicas com interação entre todos os profissionais que trabalham na unidade, desde médicos, enfermeiros, dentistas, profissionais de nível médio e os agentes comunitários de saúde; penso que essa estratégia é primordial para estabelecer tópicos de educação em saúde, bem como aproximar os profissionais, visando assim melhorias na assistência a comunidade. Os médicos e dentistas ainda permanecem um pouco isolados cuidando somente dos atendimentos, o que deixa um déficit na prevenção primária.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Aprofundando os conhecimentos sobre as características da cidade de Manacapuru, sabe-se que é uma cidade localizada a 84 km de Manaus e situada na margem esquerda do Rio Solimões, sendo um dos municípios amazonenses integrante da Região Metropolitana de Manaus.

Segundo o mapeamento de Neto & Pimentel (2001), a área territorial do município é de 7.329,23 km², que a coloca na 44ª posição no ranking dos municípios do estado, em relação à área, representando 0,47% do Amazonas e 0,19% da região norte do País fazendo parte da 7ª Sub-Região, onde se destaca como Centro Sub-Regional, fazendo limite com os municípios de Iranduba, Novo Airão, Caapiranga, Beruri, Anamã e Manaquiri e têm uma altitude de 34m acima do nível do mar e latitude de 3° 18'33". A longitude é de 60° 33'21" com uma temperatura média de 24°C a 35°C.

Pode-se chegar ao município por via terrestre pela AM-070 (Rodovia Manoel Urbano), por via fluvial ao percorrer 157 km partindo de Manaus, passando pelos rios Negro e Solimões ou pela nova ponte Rio Negro que liga Manaus/ Iranduba.

A população do município, de acordo com o Censo de 2010 promovido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 85 144 habitantes, sendo o 4º mais populoso do estado e apresentando uma densidade populacional de 9,9 habitantes por km². O crescimento populacional de Manacapuru na última década foi de 15,54%. Desta população estão situados na zona urbana (70,67%) do município, e 24.967 hab. na Zona Rural (29,32%).

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do ministério da saúde, a cidade de Manacapuru apresenta 18 unidades básicas de saúde, sendo 9 equipes de saúde da Família (ESF), 1 dessas com saúde bucal modalidade II e 10 unidades de saúde com suporte para modalidade I de atendimento da saúde bucal. Apresenta ainda 3 equipes de Núcleo de apoio a Atenção Básica (NASF) e uma unidade mista de pronto atendimento 24h. Não há Centro especializado de odontologia (CEO) na cidade e esta apresenta um CAPS AD e outro CAPS para atendimento geral de usuários necessitados da assistência. (DATASUS, 2014)

Quanto a rede privada, apresenta três consultórios médicos isolados que atuam em clínica geral e pediatria e 3 clínicas de odontologia.

Os exames complementares da cidade são realizados no laboratório central da cidade disponibilizado pelo Sistema único de saúde (SUS) e há um laboratório particular na rede privada. Exames de imagem e mais complexos podem ser

realizados no hospital de pronto-atendimento conforme urgência, em clínicas vinculadas ou por meio do consórcio intermunicipal.

Na unidade de saúde FUNASA 2 funcionam duas equipes de saúde da família, da área 19 e área 14. Cada uma com um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de saúde e 6 agentes comunitários cada área. Existe um total de 679 famílias acompanhadas na área 19 a qual se desenvolverá a intervenção na assistência a saúde da criança, esta permanece subdividida em 6 micro áreas. Estão cadastradas efetivamente um total de 2994 pessoas, sendo a faixa etária predominante entre 20-39 anos.

Quanto às condições socioeconômicas desta comunidade, somente 9,43% ingere água filtrada, 30,5% fazem cloração e 58,3% não fazem nenhum tratamento na água; esse abastecimento de água é predominante da Rede Pública (76,14%), poço ou nascente correspondem a 22,3%. Dessa população 10% apresentam sistema de esgoto, 60,3% usam fossas e 29,6% eliminam as fezes e urina a céu aberto. O destino do lixo é realizado em sua maioria por coleta pública 93,8% e quase 100 % dos moradores tem energia elétrica (98,82%). (DATASUS/CNES.2014)

A estrutura de uma UBS deve ser adequada aos trabalhadores e a comunidade. Segundo a conclusão de Siqueira et al (2009, p. 41) , cerca de 60% das UBS foram classificadas como inadequadas em seu estudo para o acesso de idosos e portadores de deficiências. A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas inadequadas, banheiros não adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades foram uma constante.

Existem alguns pontos da estrutura física da unidade em questão que limitam o acesso ao usuário, dificultam o trabalho e podem até gerar acidentes, a saber:

Primeiro, na ambiência não há riqueza de componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição. Isso dificulta o acesso de alguns usuários, como analfabetos, crianças e deficientes auditivos e visuais. Portanto a sinalização é deficiente.

Na recepção há grades, isso por vezes intimida e dificulta a comunicação do usuário, não há espaços adaptados para as pessoas com deficiência como, por exemplo, banheiros, barras de apoio nas rampas, larguras adequadas para as portas, sinalizações, piso antiderrapante. O fluxo de pessoas deficientes não é adequado, visto que os pisos provocam trepidação em dispositivos com rodas.

Somente a recepção possui janela que, porém não é aberta, isso impede a circulação de ar, aumentando a transmissão de agentes patogênicos.

O consultório médico não apresenta boa luminosidade, é escuro, a luz natural fica somente perto da pia. Por vezes isso pode gerar cefaléia pelo esforço visual da leitura.

Ainda, as gavetas de arquivo comportam poucos prontuários em uma unidade com duas equipes, comportando apenas a metade do que deveria

Quanto a sala de espera, é um ambiente quente com cadeiras não aconchegantes, o que torna a espera para a consulta não confortável. Não há sala específica para farmácia e almoxarifado, o que concentra algumas salas com duas atividades não semelhantes.

Na copa ou cozinha não há mesas, somente uma cadeira improvisada, o local é pequeno de difícil preparo de alimentos e nem água tratada para os profissionais. Não é um ambiente agradável as refeições.

Tudo isso demonstra o quanto uma estrutura não programada pode interferir no trabalho dos profissionais e também no adequado acesso aos usuários.

A capacidade de organização dos municípios é imprescindível para a continuação do avanço nos serviços da estratégia Saúde da Família e para que as Equipes de Saúde da Família (ESF) disponham de instalações adequadas, de profissionais qualificados e em número suficiente. Deve, também, garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita.

As ESF devem propiciar ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente.

Com o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando os profissionais de diferentes formações será possível amenizar os defeitos dessa estrutura? Difícil, mais possível em alguns aspectos. Quem sabe modificar no que for possível a ambiência para os usuários, deixando o lugar um pouco mais agradável e de fácil informação a todos os usuários, sobretudo os analfabetos.

Certamente, a maioria das modificações na UBS necessitam de verbas para que ocorram, isso é uma barreira pois depende de um grupo restrito que distribui os rendimentos.

Barreiras sempre existiram, mas com desenvolver do trabalho em equipe surgiram ideias pequenas com grandes repercussões.

Importante que quando houver um local sem barreiras arquitetônicas, todos os deficientes, idosos, gestantes, enfim todas as pessoas que se locomovam com alguma dificuldade temporária ou permanente podem realizar sua movimentação com independência pessoal, fazendo valer o seu direito de ir e vir.

Pois é de responsabilidade da atenção básica estar preparada para o atendimento desta importante demanda que recorre às UBS em busca de assistência à saúde.

E a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral. (BRASIL, 2008).

Para efetuar suas ações de uma melhor maneira, deve ter o território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação das famílias.

Sendo assim, é importante e dever de toda a equipe participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades e também sinalizando os equipamentos sociais e redes sociais. (BRASIL, 2008). Porém o mapa da unidade ainda apresenta falhas, a saber, não há no mapa a sinalização de equipamentos sociais, nem as áreas de maior risco, isso acaba diminuindo as parcerias locais e gerando também um aspecto homogêneo no mapa, omitindo a realidade para quem somente observa.

É importante notar que há um empenho nessa equipe em realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários. Isso solidifica mais algumas das funções da atenção básica, tais como, ser a base, ser a porta de entrada e ser resolutiva.

O cuidado domiciliar permanece sendo realizado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, médico e agentes de saúde e quando necessário pela equipe no NASF. Acredito ainda ser importante o engajamento do odontólogo da equipe nessa

estratégia para promoção da saúde. Quanto ao médico, são realizadas visitas semanais.

As atividades e procedimentos que são realizadas no domicílio são variadas, como curativos, medida da pressão, consulta médica. Porém ainda faltam alguns cuidados básicos, como nebulização, entrega de medicamentos e vacinação.

São realizados protocolos para encaminhamento que respeitam os níveis de referência, porém não há sistema eficaz para contra-referência. Isso dificulta o seguimento do cuidado desse paciente que fica somente à nível secundário.

Ainda não há protocolos para o seguimento de pacientes em situações de internação hospitalar e nem mesmo domiciliar, pode ser explicado pela alta demanda das consultas, dificulta a saída de alguns profissionais para essas atividades.

Apesar de que a notificação compulsória de doenças e agravos possa ser realizada por qualquer cidadão, sendo uma obrigação dos profissionais de saúde, ainda permanece a utopia de que somente médicos e enfermeiros devam notificar. Este fato dificulta principalmente a notificação negativa.

As atividades que são realizadas em grupo, como planejamento familiar, pré-natal e puericultura são realizadas por toda equipe. Porém o que falta não é a integração, mas sim mais grupos específicos, a saúde do homem é muitas vezes deixada de lado, bem como o combate ao tabagismo.

Não há atividades de qualificação profissional regulares, o que por vezes torna a atualização profissional uma iniciativa quase eminentemente individual para os membros da equipe.

No caso dos médicos integrantes do PROVAB há a especialização em saúde da família que é oferecida pela Universidade de Pelotas. Este curso é importante para o profissional entender às formas ideais de funcionamento dos programas prioritários do Pacto pela saúde do SUS, bem como ajuda no engajamento do especializando na realidade que este prestará assistência para com os conhecimentos acumulados durante o decorrer do curso possa realizar modificações com impacto na equipe e beneficiando principalmente os usuários da UBS.

Quanto as reuniões, essas são realizada quase mensalmente com quase todos os integrantes das equipes, ficando de fora somente os médicos e odontólogos e em sua maioria das vezes por estarem realizando atendimento dos usuários, visto que as reuniões são agendadas em horários de expediente e algumas vezes estes profissionais não conseguem tempo hábil para participar das reuniões.

Possibilidades de mudanças no processo de trabalho sempre existem com a discussão de ideias em equipe, porém ainda há um pensamento radical de que médicos e odontólogos devem estar atendendo somente. Por vezes isso gera dificuldades para os mesmos participarem de reuniões e torna difícil a realização de mudanças em seus cenários e rotinas. Com o decorrer do curso foi tentado transmitir uma mudança nesse pensamento, o que trouxe aspectos positivos no processo de trabalho.

Visitas domiciliares são importantes para o cuidado principalmente daquelas pessoas que não tem como se deslocar a unidade de saúde ou estão em acompanhamento de uma doença grave. Visando um cuidado integral, torna-se ainda importante incorporar a saúde bucal nessa estratégia básica.

O atendimento em domicílio é realmente difícil, ainda mais quando há necessidade de pequenos procedimentos invasivos. Mesmo assim esse obstáculo pode ser vencido com cronogramas e divisão de tarefas. As nebulizações, entrega de medicamentos e realização de vacinação são medidas que podem ser realizadas nos domicílios com um cronograma e integração dos agentes comunitários de saúde, isso quando usuário não tiver possibilidade de ir à unidade. O ACS poderá indicar o indivíduo de risco e a equipe programar uma estratégia se possível domiciliar.

Protocolos de contra-referência são importantes para estabelecer a longitudinalidade, o SUS ainda tem um defeito forte nessa estratégia de integração entre a atenção primária e secundária, isso depende de protocolos bem estabelecidos.

É importante a ampliação dos focos das atividades em grupo, porém são medidas que devem ser paulatinamente implantadas e pensadas em grupo, porque estratégias gerais são difíceis de serem realizadas apenas por um único profissional.

As reuniões têm muito a melhorar para o engajamento de toda a equipe, porém com a elaboração de focos estratégicos e interesse em ser um agente transformador, essas rotinas possam ser modificadas.

A atenção básica tem que se constituir em uma “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. E existem várias maneiras de se fazer isso, claro que quando declara isso no Caderno de Atenção básica do Ministério da Saúde que aborda o Acolhimento da Demanda Espontânea, não quer dizer que é para abrir consulta para todos os usuários com o médico, pois o acolhimento deve ser da equipe como demonstra esse documento.

O acolhimento é feito de forma integral na unidade em que estou atuando, pois há uma recepção pelo técnico de saúde que estabelece uma conversa com o usuário, se não conseguir resolver, depois chama a enfermeira ou outro profissional que possa dar seguimento no caso.

O enfermeiro imediatamente após a escuta de uma mãe relatando que o seu filho tem diarreia sem sinais de gravidade, pode oferecer sais para reidratação oral e orientar os pais sobre cuidados e sinais de risco (Acolhimento a demanda espontânea – BRASIL, 2011). Essa descentralização das tarefas é muito importante e revela a forma como a equipe pode acolher, sendo de sua responsabilidade. Um fator é que isso depende de protocolos autorizados, os vigentes na UBS FUNASA 2 funcionam bem, como o de pré- Natal e tuberculose. Porém, realmente essa falta de protocolos básicos, centraliza os atendimentos no médico.

Pelo fluxograma, descreve ainda, casos agudos - atendimento imediato, casos crônicos orientar ofertas da unidade e protocolos/ dependendo do caso, casos fora da área - encaminhar e orientar. Mas o grande problema está aí, o que aumenta a demanda e sobrecarrega os profissionais da equipe, tanto o médico como o enfermeiro, são os atendimentos de fora da área. Quase todos os dias, metade ou mais dos atendimentos dos pacientes são de fora da área, isso é realmente um ponto negativo e que por vezes me fez refletir , como estabelecer o cuidado contínuo desta forma? Isso engloba tanto a demanda espontânea quanto os próprios atendimentos agendados. É uma situação que não pode ser prevista por mim , nem por ninguém da equipe ou mesmo pelos usuários; uma vez que eles não pertencem a nenhuma área adscrita. É uma situação difícil, mesmo porque os extras acabam sendo eles por justificarem que moram longe. Isso depende mais de uma organização do município do que da população.

Mesmo assim o mapeamento da área adscrita está adequado, uma vez que a maioria dessas pessoas de fora da área reside em comunidades próximas ao rio Solimões, em casas flutuantes ou na estrada de acesso a cidade, alguns referem que passam até 8 h viajando de barco para terem acesso à unidade de saúde. Sendo assim, faltam mais unidades básicas para essa população marginalizada. Como a unidade básica em que estou fica próxima ao Porto e têm duas equipes de saúde, esses usuários são orientados e até por facilidade deles de acesso a realizarem consultas e acompanhamento neste local.

São distribuídas diariamente 15 fichas para consulta, reservados 5 fichas a mais para a demanda espontânea, esta foi a forma encontrada pela equipe para atender essa população, porém como disse acima o que dificulta um adequado controle e seguimento é o atendimento grande número de pacientes fora da área adscrita.

Na unidade, não há uma rotina de consultas de puericultura, as crianças na grande maioria que aparecem são por problemas agudos. Poucas mães levam para as consultas de puericultura propriamente dita.

Portanto não existem registros fidedignos de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da saúde. Porém ao se estimar por análise de dados nos prontuários verifica-se que somente 20 % dessas crianças estão com as consulta em dia, sendo que mesmo estas em sua grande maioria procuram a unidade por problemas agudos, o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias é quase 80% isso pode ser um reflexo de uma falta de protocolo e de orientação adequada da periodicidade das consultas .

Avaliação auditiva, bucal e prevenção de acidentes também da mesma forma não são parâmetros acompanhados pelo relatório e nem há registro nos prontuários. A estimativa foi feita perguntando-se dos agentes comunitários de saúde, estes orientam principalmente os usuários que residem próximo a uma área de alagamento (zona de risco) e lá existem aproximadamente 5 crianças abaixo de 1 ano conforme me comunicaram, perfazendo 10%.

A vacinação pode ser avaliada com uma cobertura adequada em todas as crianças, esse é uma ação muito bem desenvolvido pela UBS, e apresenta uma cobertura próxima de 100%.

As orientações ao aleitamento materno exclusivo eram realizadas por todos os profissionais, porém não conseguimos dados numéricos concretos até os 6 meses de idade para avaliarmos a qualidade da ação, somente até os 3 meses de idade. Foi verificado que até os 3 meses de idade, das 20 crianças, 18 estavam em aleitamento exclusivo, podendo-se concluir que tem uma boa cobertura essa ação.

Na saúde da criança, portanto foi verificada a necessidade de se iniciar uma organização deste programa na unidade, realizando um protocolo baseado no Ministério da Saúde das consultas de puericultura para que fosse realizado o número adequado, e além disso, pudéssemos obter um mapeamento e monitoramento das estratégias. Algumas estratégias anteriormente a intervenção até podiam existir,

porém não tínhamos dados documentados para a avaliação da qualidade. Nesse sentido, notou-se a necessidade de uma melhor atuação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), atuando de forma conjunta com estratégias criadas pela equipe da estratégia de saúde da família.

O acompanhamento de crianças desde o pré-natal já era realizado, porém faltava essa avaliação continuada na puericultura. Não havia busca ativa das crianças, nem mesmo as recém-nascidas, o que de certa forma enfraquecia todo o acompanhamento de puericultura dessas crianças. Observamos que a maioria das crianças menores de 1 mês que realizam atendimento na unidade, procuravam devido um estado de doença.

Existia um programa de suplementação de ferro realizado pelos enfermeiros para as crianças, o que demonstrava que existiam algumas estratégias de puericultura, porém não integradas com o médico e a equipe e sem dados organizados e documentados para avaliação.

Portanto, o programa de puericultura apesar de bem escrito nos papéis somente era realizado aproveitando-se a oportunidade de quando a criança era levada a unidade de saúde para um atendimento de uma patologia específica.

Quanto a saúde da gestante e puérpera, a unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

Na UBS eram realizadas consultas de pré-natais para pacientes da área e de fora dela também, estas eram mulheres que moravam a margem do rio em comunidades em que não havia estratégia completa de saúde da família, e às vezes algumas parentes de pessoas que moraram na área as abrigavam para serem acompanhadas na unidade mais próxima e após o parto voltavam aos seus lares.

Nesta UBS eram realizadas consultas semanais pelo médico e enfermeiro, e existia protocolo para o atendimento das gestantes seguido por toda unidade básica de saúde, inclusive pela vacinação. As consultas eram intercaladas entre esses profissionais e geralmente as grávidas realizavam exames do protocolo antes de cada consulta.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar são pontos

fundamentais. Há certa dificuldade na referência secundária, as consultas demoram no pré-natal de alto risco e estas só conseguiam contato com o profissional no dia de agendamento sendo bloqueados os atendimentos nos outros dias caso precisassem, este fato fazia com que algumas delas retornassem a fazer algumas consultas do pré-natal na unidade básica.

Não existia demanda de grávidas para problemas agudos, todas as grávidas que atendíamos vinham com a folha de pré-natal e precisávamos fazer o exame de pré-natal e consulta, mesmo que fosse um resfriado comum como patologia aguda. Isso era um dos fatores que desestimula o profissional a atender as grávidas em dias diferentes do pré-natal juntamente com outros usuários, uma vez que tornava a espera prolongada de outros pacientes. Este fato poderia ser modificado com uma melhoria no acolhimento das mesmas.

Sabia-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não era inicialmente planejada, embora pudessem ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes.

A gravidez na adolescência, ainda é um problema nessa comunidade. Foi observado até que muitas já estavam no segundo filho e não faziam uso de anticoncepcionais, algumas por não gostarem de usar e outras por falta de informações precisas do uso correto. Permanece ainda a necessidade de uma educação continuada desse grupo, seja na escola, igrejas ou visitas, uma vez que quando chegam na UBS já estão grávidas. Algumas estratégias eram realizadas pela UBS, como a distribuição de preservativos de barreira, incentivo ao planejamento familiar, porém há necessidade de práticas de educação em ambientes comunitários. Outro problema é que muitas grávidas são da zona rural onde existem UBS sem estratégia de saúde da família, e são na maioria adolescentes, por isso talvez o problema não esteja localizado com grande intensidade na área adscrita, mas como ocorre essa mistura de usuários, acabamos por generalizar.

Certamente, ainda há uma deficiência de algumas ações para as gestantes na unidade de saúde, a saúde bucal, mental e consulta somente para problemas clínicos em geral são de baixa realização.

Outro ponto de extrema importância, são atividades neste grupo. Não há nenhum cronograma de encontros para realizar ações de educação e engajamento

dessas usuárias dentro da própria situação momentânea pela qual estão vivendo. Este é um ponto muito negativo pois diminui a qualidade integral da assistência ao pré-natal.

Um ponto positivo é o seguimento de protocolos que contribuem para um seguimento contínuo dessas usuárias.

Portanto, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

A prevenção do câncer de mama e colo uterino tem uma taxa baixa de usuários sendo beneficiados na unidade que atuo. Medidas para melhorar essa taxa devem ser idealizadas e realizadas.

A transmissão da infecção pelo HPV ocorre por via sexual, resumidamente por meio de abrasões microscópicas na mucosa ou na pele da região anogenital. Consequentemente, o uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração mesmo que proteja parcialmente esse contágio pelo HPV, deve ser sempre incentivado, uma vez que também protege de outras DST.

A vacinação contra o HPV também é uma forma de prevenção primária que vem se consolidando, porém ainda é oferecida de forma gratuita a uma pequena parcela da população de mulheres, uma vez que pode ser realizada de 9-26 anos.

Temos um método de rastreio altamente eficaz e a principal causa dos altos índices do câncer de colo uterino é a pouca eficiência desse programa de rastreamento.

Por isso, tona-se fundamental o aumento das orientações quanto aos fatores de risco, a saber os múltiplos parceiros, sexarca precoce, tabagismo, infecções por DST e infecção pelo HPV. Além de orientações sobre a vacinação para adolescente e mulheres até 26 anos.

É provável que a baixa cobertura do rastreio seja por falta de educação em saúde e atividades em grupo, como já relatei em outros momentos, não há grupos formados de pessoas com um foco e trabalho específico, nem os básicos como grávidas, hipertensos e diabéticos, nem esses voltados a prevenção do câncer de colo uterino.

O rastreio oportunista, no qual só é ofertado as mulheres que chegam a unidade de saúde também é um fator que diminui a cobertura. O ideal é que fosse realizado o rastreio organizado combinado ao rastreio oportunista.

A falta de uma avaliação precisa das ações de prevenção de colo uterino faz com que a equipe não tenha um foco futuro de alcançar uma meta maior, já que não há uma avaliação que diga que a ação precisa ser melhorada.

A estratégia para a prevenção do câncer de mama na área de abrangência ainda permanece pouco eficaz, observando-se parece que falta uma melhor integração das atividades dessa ação, como por exemplo, acaba não adiantando uma orientação dos fatores de risco e avaliação eficaz na unidade básica, se há uma dificuldade de marcação e demora em realizar o exame de rastreio, e consequente a isso muitas desistem de realizar e acabam só procurando assistência quando apresentam algum sintoma.

A instituição de protocolos, registro em livros e arquivos desses usuários com certeza contribuiriam para a melhora da qualidade do controle de prevenção desse câncer.

Também seria importante a formação de grupos para a educação em saúde e orientação coletiva dos fatores de risco modificáveis, como o peso e suspensão do álcool, bem como detectar as mulheres com elevados fatores de risco, incluindo os familiares para o rastreio precoce.

Portanto, vejo as ações de prevenção do câncer de mama como algo muito distante das expectativas do que deveriam ser de fato.

Medidas estratégicas para melhorar esses programas seriam:

- 1) Elaboração de Protocolos que visem esse cuidado continuado;
- 2) Engajamento da família do usuário, orientando procurar assistência sempre que preciso e oferecendo assim apoio a esse cuidado conjunto da família e dos profissionais de saúde em nível primário, secundário e terciário;
- 3) Anotação dos dados dessas pacientes no caderno de arquivo;
- 4) Melhoria do sistema de contra-referência;
- 5) Suporte biopsicossocial, tornando a UBS um ponto de referência, e quando possível com a ajuda do NASF.

Na área 19 existia 124 hipertensos cadastrados, pela estimativa do caderno de ações programáticas deveriam existir 531. Portanto esse número de hipertensos cadastrados não pareceu real, principalmente porque a hipertensão em sua maioria

das vezes em estágios iniciais não apresenta sintomas, por isso muitas pessoas tem a doença e não sabem disso. Assim, a doença permanece subdiagnosticada enquanto não existir uma busca ativa; sempre verificando a pressão arterial de todas as pessoas durante as visitas e consultas.

A cobertura estimada era de 24%, portanto muito baixa. A hipertensão arterial sistêmica é sabidamente um dos principais fatores de risco de doenças cerebrovasculares. As medidas de prevenção, diagnóstico e acompanhamento adequado deveriam ter uma cobertura próxima de 100 %.

Estavam abaixo da média de forma geral os indicadores de qualidade. Analisando-se cada indicador de qualidade: A realização da estratificação de risco cardiovascular teve uma estimativa de 19%, são poucos os profissionais que anotam todos os dados no prontuário ou em outro arquivos que possam servir de base para guiar uma estratificação e avaliar assim o paciente numa perspectiva global da doença, sobrevida e comorbidades associadas; sendo que as estratificações são importantes para avaliar metas ao paciente e otimizar a terapêutica.

O atraso na consulta em mais de 7 dias foi algo bem difícil estimar, pois os pacientes não saíam com as consultas agendadas, eles tinham um dia na semana para atendimento e precisavam para isso pegar fichas um dia antes, certamente este método dificultava o acompanhamento dos mesmos, visto que ainda precisavam concorrer com pessoas de fora da área que vem das áreas ribeirinhas. Estimei esse número de atrasos de 90%, observando nos prontuários dos que faziam acompanhamento regular.

Quanto aos exames complementares em dia, somente 24% dos usuários possuíam, existia certa dificuldade e demora para realização dos exames, por isso muitos usuários não tentavam realizar, mas eram sempre insistentemente incentivados e com orientações sobre a importância.

A orientação sobre a prática de atividade regular 81% era alta na unidade, bem como a orientação sobre alimentação saudável 73%. Sempre havia um incentivo da equipe nesse aspecto, porém era perceptível a baixa adesão dessas medidas de mudança de estilo de vida na população. Isso era ruim, visto que essas práticas possuem grande impacto na redução da pressão arterial.

Em Manaus existem os "Centros de convivência da Família", que são lugares amplos com quadras esportivas, área para correr e caminhar, academia, área de dança e área de lazer e jogos. Trabalham muitos profissionais contratados e

voluntários em sua grande maioria, como nutricionistas, dançarinos, professores de educação física, médicos e enfermeiros. É de grande impacto observar as mudanças que ocorrem na população residente na área. Existia ainda nesse lugar o “clube do coração”, faziam parte deste clube os clientes hipertensos e diabéticos, e observei grande adesão desses pacientes nos grupos de dança e caminhada, bem como de obesos com grande empolgação de poder participar de uma academia gratuita com profissionais qualificados.

Portanto, é importante orientar e explicar sobre as práticas de mudanças de estilo de vida, porém os usuários muitas vezes precisam de coisas materiais e incentivos maiores como um projeto que tenha envolvimento multidisciplinar. É bem diferente um hipertenso fazer uma caminhada sozinho e conseguir ter uma adesão forte do que fazer essa caminhada em grupo e em lugar idealizado e projetado para isso.

Quanto à saúde bucal desses usuários era apenas de 16% a adesão. Eles não procuravam muito esse tipo de assistência e não havia busca ativa de pacientes, pois a agenda desse profissional era muito restrita a atendimentos na UBS.

A atenção básica tem em seu alicerce a atuação na promoção da saúde, investindo na modificação de fatores de riscos para prevenir o aparecimento de doenças. A realização de ações regulares e concretas para mudanças de estilo de vida, como perda de peso e prática de exercícios físicos, é fundamental para uma atenção integral a esses usuários.

Uma falta de formação de grupos é um dos fatores que diminui as ações de promoção e educação em saúde e com certeza o engajamento destes usuários. A falta de protocolos e a dificuldade de marcação de consultas também diminui a eficácia do acompanhamento clínico.

Portanto há necessidade de uma melhor atenção a esses usuários, elaborando-se uma ação programática que pudesse modificar esse panorama em que o paciente procura a assistência, trocando-se para uma busca da equipe desses pacientes, visando não apenas um melhor acompanhamento clínico, mas um maior diagnóstico e prevenção dessa patologia.

Na unidade havia 61 diabéticos cadastrados, sendo que a estimativa pelo caderno de ações é de 152. Ocorrendo assim como nos hipertensos uma falha no diagnóstico precoce desses usuários.

Os indicadores de qualidade estavam ruins de forma geral. Analisando alguns se pode perceber que: a estratificação do risco é dificultada pela falta de informações gerais organizadas, o que dificultava assim como nos pacientes hipertensos a classificação desses pacientes.

Assim como já foi relatado, esses usuários precisavam marcar as consultas, essas não eram agendadas de forma regular, por isso a estimativa do atraso das consultas é bem impreciso.

Aproximadamente 25% dos pacientes têm todos os exames em dia. Havia dificuldade na realização de alguns exames como a proteinúria de 24 h, o laboratório da cidade não disponibiliza esse exame e nem hemoglobina glicosilada sendo que os pacientes precisavam fazer na rede particular. Portanto muitos não faziam. Percebi que muitos desses pacientes não faziam a avaliação de lesões microvasculares de órgãos alvos como preconiza as diretrizes, por essa dificuldade de exames, bem como de acompanhamento oftalmológico.

O exame físico dos pés pelo que foi percebido nas anotações somente era realizado quando o paciente tinha alguma queixa específica nos mesmos. É uma prática que precisa ser avaliada e modificada por toda a equipe.

Ocorria sim a orientação quanto a prática de atividade física regular e alimentação saudável, porém da mesma forma que nos pacientes hipertensos havia baixa adesão.

Esses pacientes também procuravam muito pouco a melhoria da saúde bucal.

Havia 246 idosos na área segundo os dados do SIAB, na UBS não tínhamos esse dado disponível, o que dificulta o real valor, esse valor se correto correspondia a uma cobertura que 100 %, demonstrando ser muito alta mas não em qualidade, pois os indicadores de qualidade estavam distantes do ideal.

Não há distribuição da caderneta do idoso para essa população, bem como os atendimentos dos mesmos eram realizados dentro do programa hiperdia naqueles que possuíam diabetes ou hipertensão arterial sistêmica (HAS); por isso o acompanhamento em dia é menor que 20%.

Os pacientes idosos que possuíam HAS ou diabetes tipo 2 eram melhores assistidos, porém deve-se observar que há idosos sem essas patologias e nem por isso devam ser excluídos de ter uma atenção integral.

A avaliação do risco para morbimortalidade é de 30%, era geralmente realizada somente nas consultas dos idosos do programa Hiperdia.

A orientação nutricional e atividade regular, eram realizadas quase sempre que estes usuários compareciam as consultas , porém mesmo assim o indicar permanecia baixo, de 36% e 33% respectivamente.

Existia um dia na semana para atendimento odontológico destinado aos idosos, mas essa demanda costumava ser baixa ainda com essa medida, valor estimado menor que 30%.

Permanece a necessidade de uma atenção maior a essa população visto que esta tende a aumentar cada vez mais e é a mais afetada por doenças cardiovasculares e outras patologias crônicas.

1.3 Texto comparativo entre o texto inicial da ESF e o Relatório da análise situacional.

A visão inicial da estratégia de saúde na unidade era muito boa, assim que iniciei a especialização, entendia que o lugar físico era parcialmente estruturado e tinha uma visão boa das ações programáticas, especialmente depois da análise situacional e do preenchimento do caderno de ações programáticas, percebi que a unidade básica que estava inserida apresentava-se muito longe do esperado e a implantação de mudanças no lugar foi um verdadeiro desafio.

2. Análise Estratégica- Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A puericultura atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos na infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença.

Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação das crianças e familiares. Para que se desenvolva em sua plenitude deve conhecer e compreender a criança no seu ambiente familiar e social. (RICCO, 2001 apud ANTÔNIO, 2006, p. 741)

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas pelo País nas últimas décadas com a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. (Brasil, 2012)

A puericultura constitui-se em um dos pilares da saúde materno infantil e precisa ser resgatada e valorizada na estratégia de saúde da família.

No contexto das ações desenvolvidas, na unidade básica de saúde FUNASA 2 funcionavam duas equipes de saúde da família, da área 19 e área 14. Cada uma com um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de saúde e 6 agentes comunitários cada área. Um total de 679 famílias acompanhadas na área 19 a qual faço parte da equipe, esta é subdividida em 6 micro áreas. Estão cadastradas efetivamente um total de 2994 pessoas, sendo a faixa etária predominante entre 20-39 anos.

A UBS apresentava uma estrutura ampla, com cinco consultórios (sendo um destes destinado ao uso exclusivo do odontólogo) uma recepção, uma copa, três banheiros, sala de curativo, sala de imunização e sala para o programa de tuberculose, além de um laboratório com exames básicos necessários ao pré-natal das gestantes. Essa estrutura ainda necessitava de adequações para tornar-se compatível com os parâmetros do manual da Estrutura da UBS do ministério da Saúde, principalmente para maior acesso dos usuários com limitações físicas. (Brasil, 2008)

Referente às crianças, estavam cadastradas 84 lactentes e 253 crianças entre 0-72 meses na UBS. Uma pequena parte dessas crianças realizava consultas de puericultura, somente 20% segundo estimativa, a grande maioria frequentava a UBS para cuidados curativos por doenças ativas. A maior parte das mães parecia não conhecer a época das consultas de puericultura segundo a faixa etária.

A análise e intervenção terão como foco os lactentes, compreendendo a faixa etária entre 0-72 meses, e perfazendo um total de 253 crianças segundo o relatório mensal da UBS, porém este dado foi considerado superestimado uma vez que no caderno de ações programáticas do curso da UFPEL em saúde da família a estimativa média era de 150 no período da intervenção, portanto a média na intervenção que tentará ser alcançada é de 150 que já perfaz o 100%. O acompanhamento dessas

crianças visa uma alternativa para o enfrentamento dos problemas existentes de uma forma paulatina e gradual e que seja passível de realização no período de tempo restrito de 12 semanas para que possa ser continuado nessas mesmas crianças durante o crescimento até os 6 anos, bem como em outras crianças, tornando-se uma prática incorporada a equipe.

Já existiam algumas ações importantes para a saúde da criança, como a promoção ao aleitamento materno, vacinação e a suplementação de ferro. Em especial a vacinação e o incentivo ao aleitamento materno apresentavam uma cobertura boa, respectivamente 100% e 100% das crianças até os 3 meses estavam em aleitamento exclusivo, de 3-6 meses não havia dados; estes programas serão a base para a organização e implementação das consultas que são orientadas pelo ministério da saúde. As demais ações e qualidades dessas desenvolvidas nas crianças tinham uma estimativa baixa, a saber algumas variáveis (80% das crianças tinham atraso nas consultas em mais de sete dias, 9% tinham a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida, 65% tinham o monitoramento do desenvolvimento na última consulta, 13% tinham a saúde bucal avaliada, 43% tinham orientação para o aleitamento materno), isso demonstrava de certa forma um reflexo de não haver protocolo seguido por toda a equipe na unidade.

A intervenção será, portanto essencial para a organização do serviço no que atingisse a melhoria da puericultura, importante para a identificação de falhas para vencer as dificuldades locais; sendo uma de suas metas principais, o envolvimento de toda a equipe e a construção de um conhecimento através da educação em saúde de cuidados básicos e de promoção em saúde.

Por fim, a atenção integral a saúde da criança com foco na puericultura, visa sobretudo uma diminuição das doenças durante o desenvolvimento infantil, evitando morbidade, mortalidade e sequelas físicas ou mentais características de algumas patologias.

2.2 Objetivos e Metas

Objetivo geral

Melhorar a atenção integral a saúde da criança de 0-72 meses, na Unidade de Saúde Funasa II, no município de Manacapuru-AM.

Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança;
- Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- Promover a saúde das crianças;
- Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança;
- Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares;
- Promover a saúde bucal das crianças;

Metas

Objetivo 1: ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2: melhorar a qualidade do atendimento à criança

- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100 % das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde

- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.

- Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico

- Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
- Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.
- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.
- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.
- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Objetivo 3: melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações

- Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Objetivo 5: mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

- Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

Objetivo 6: promover a saúde das crianças

- Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
- Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.
- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária
- Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.
- Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado em 150 crianças, entre 0-72 meses, cadastradas na equipe 19 referente à Unidade Básica (UBS) de Saúde Funasa II na cidade de Manacapuru-AM. Neste projeto serão implantadas melhorias no atendimento de puericultura da equipe de saúde, idealmente todas as

crianças serão acompanhadas por um período de 12 semanas, abrangendo o período de agosto até novembro de 2014.

Será usado um protocolo que guiará toda a intervenção, o Caderno do Ministério da saúde relativo à atenção integral a saúde da criança do ano de 2012, para a coleta de dados utilizaremos uma ficha espelho e uma planilha no Excel, ambas fornecidas pelo curso.

Participarão da intervenção todos os integrantes da equipe de estratégia de saúde da família da área 19 da UBS FUNASA II; a saber, o médico, enfermeiro, técnico de saúde e os seis agentes comunitários.

2.3.1 Ações

Serão realizadas ações no âmbito de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

Meta: ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Será realizada uma revisão do cadastramento das crianças entre 0-72 meses das da área adscrita por todos os ACS, além disso, será entregue um cartão consulta para cada usuário visando um acesso regular nas consultas.

Na UBS não havia um seguimento das consultas de puericultura pelas crianças, a grande maioria somente comparecia à unidade para tratamento das patologias intercorrentes nesse período.

Para que o programa seja desenvolvido com efetividade, toda a equipe terá o dever de conhecer o objetivo básico e o apoio teórico que embasa o projeto de intervenção. Portanto, o manual de puericultura do ministério da saúde ficará impresso na UBS para consulta, bem como será apresentado para a equipe os pontos principais na forma de educação em saúde.

As crianças nessa idade receberão o cartão de puericultura com as datas programadas das consultas para que realizem o agendamento em até dois dias antes, desse modo reservando a sua consulta e tendo mais facilidade de acesso aos profissionais, uma vez que não terão de enfrentar as filas na madrugada, dessa forma as mães estarão mais estimuladas para levar as crianças.

A partir do agendamento antecipado por meio do cartão com o número e controle de consultas que a criança deve ter, sendo sempre carimbado pelo

profissional no dia consulta. A mãe sentirá que há facilidades em levar seu filho a UBS e tornara-se mais empolgada a procurar a unidade para a realização da atenção a criança. As mesmas serão informadas destas facilidades oferecidas na unidade de saúde por toda a equipe, mas principalmente pelos ACS.

Isso terá grande importância, pois como muitas mães trabalham, estas acabavam sentindo dificuldade em pegar ficha de um dia para o outro, por conta disso não seguem as consultas de puericultura e somente levam as crianças quando já estão com doença instalada. Portanto o agendamento facilitado das consultas terá o objetivo de melhorar a progressão da cobertura e da qualidade da atenção da saúde da criança.

Por meio do cronograma de consultas e prioridade de atendimento, as crianças também terão maior acesso ao profissional. Bem como os ACS nas suas visitas serão propagadores da ideia na comunidade.

Durante a intervenção será realizada a capacitação da equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde. Além da capacitação da equipe sobre a puericultura e quais informações devem ser fornecidas as mães e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Será realizada por meio de palestras a equipe antes da intervenção como uma forma de educação em saúde para que toda a equipe possa saber as bases da puericultura e tenham plena capacidade de realizar orientações as mães.

Meta: realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas

Será realizada a análise mensal do número de crianças que ingressaram no acompanhamento da puericultura a partir da primeira consulta na primeira semana de vida, visando à orientação da regularidade do acompanhamento que a criança deverá ter até os 72 meses. Esses dados visam monitorar o percentual das crianças que estão ingressando na puericultura na primeira semana de vida.

Esse monitoramento será realizado por meio do livro de puericultura, pois todas as crianças que entrarem para o acompanhamento deverão ser registradas no livro.

Com isso, haverá uma facilidade de controlar e fazer registro do número de consultas de puericultura de cada criança. Esta medida será importante, e será realizada em equipe, todos terão a possibilidade de observar no cartão de consultas

de puericultura que será elaborado na intervenção se a criança está em dia ou não com as consultas, e quando inadequado, já orientar a mãe a comparecer as consultas seja essa recomendação feita na própria UBS ou visita domiciliar.

Meta: colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Na primeira consulta da criança, esta será colocada para mamar e serão feitas orientações às mães quanto à importância do aleitamento materno bem como a técnica correta de amamentação.

Meta: monitorar 100% das crianças com déficit de peso e excesso de peso.

Além disso, será realizado o monitoramento das crianças com desnutrição ou risco de obesidade, por meio do prontuário na consulta de puericultura serão anotadas as crianças com excesso de peso ou desnutrição para que possam ser acompanhadas pelos profissionais nas consultas, esta informação também ficará no cartão de consultas e no livro de puericultura. Ficando sempre destacada essa informação, pois será importante no seguimento, bem como para que possa ser acompanhada de forma multidisciplinar e referenciada quando necessário.

Meta: vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

Visando manter a prevenção primária por meio da imunização. Será realizado o registro no cartão de consultas se as vacinas estão incompletas para que possam ser prontamente realizadas se possível (caso não exista contraindicações).

A importância de registrar as crianças com vacinação completa servirá como uma forma de incentivar e elogiar os cuidados da mãe para que continuem realizando.

Na UBS já existem pessoas responsáveis para a solicitação das vacinas e materiais, e fazem também o controle do estoque e data de vencimento. Sendo também que já existe a porta aberta, sempre quando se verifica que há alguma uma vacina em atraso, pode-se encaminhar diretamente ao setor.

Neste caso, como o programa de imunização atua de forma adequada, segue a importância de elogiar o setor para que continue realizando este bom trabalho.

Em todas as consultas, bem como nas visitas dos ACS, deverão ser orientadas as famílias quanto à importância da vacinação e que a UBS sempre estará de portas abertas para realizar.

Meta: realizar teste do pezinho até 7 dias de vida e teste da orelhinha em 100% das crianças.

O teste do pezinho tem sua importância em diagnosticar doenças graves no período infantil, sendo necessário que todos os usuários nascidos tenham realizado

antes dos 7 dias de vida. Em toda primeira consulta de puericultura será feito o registro dessa informação no cartão de consultas ou prontuário. Manteremos o mesmo registro com o teste da orelhinha.

Orientaremos desde as consultas de pré-natal e reuniões de grupo de gestantes a importância do exame do teste do pezinho e teste da orelhinha para que a família tenha o conhecimento da necessidade do exame na vida do seu filho assim que realize os primeiros cuidados com o recém-nascido. Nesse sentido, garantindo orientações para a família quanto à importância do teste do pezinho e triagem auditiva.

Orientaremos desde o período pré-natal nas consultas a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste

No decorrer das consultas de puericultura, o profissional deverá referenciar a criança para a realização do exame da orelhinha e orientar a mãe sobre a importância do mesmo, visto que o teste não está disponível no município de Manacapuru.

Será deixado anotado em lugar de fácil visualização o local de realização do exame da orelhinha, para que toda comunidade possa ter facilidade de informação, bem como a equipe possa saber passar a informação também.

Também será desenvolvida nas palestras básicas antes da intervenção a discussão sobre a triagem auditiva e teste do pezinho, identificação de fatores de risco para morbi/mortalidade, os principais acidentes na infância e orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Meta: realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Ainda de grande importância é o programa de suplementação de ferro que visa à prevenção da anemia. Será registrada a dose do suplemento de ferro e programação da criança na ficha de consultas que será realizada na intervenção e ainda no livro de puericultura, facilitando assim para a mãe o acesso ao medicamento e condução do caso pela equipe.

Deixaremos um estoque de medicamentos de suplementação de ferro reservados para o programa, sempre que estiver acabando solicitaremos reposição.

Ao iniciar a suplementação de ferro, os pais serão informados nas consultas os benefícios da suplementação para que não deixem de realizar, também serão orientados os efeitos colaterais gastrointestinais que podem aparecer e se caso ocorram, devem ser orientados a comparecer a UBS para ajuste da dose a qual poderá ser diminuída ou modificada pelo hábito alimentar até que criança tenha

melhor tolerância e a dose padrão possa ser realizada. Isso diminuirá a suspensão do remédio pela família por achar que criança não conseguirá tomar a medicação.

Será abordada nas palestras de educação em saúde antes da intervenção as recomendações de suplementação de sulfato ferroso segundo o ministério da saúde.

Meta: monitorar o crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças.

Durante o acompanhamento da criança, será monitorada a avaliação do crescimento e desenvolvimento neurocognitivo, essa avaliação será registrada nos prontuários e ficha da intervenção para que possa ser acompanhada pela equipe e devidamente referenciada de forma precoce se detectado anormalidades.

Para a avaliação do crescimento e peso haverá necessidade que esses equipamentos estejam em bom funcionamento. Portanto será de responsabilidade da equipe proteger esses equipamentos e solicitar reparo ou manutenção quando necessário. Todos da equipe estarão cientes de comunicar a enfermeira responsável pela gestão da UBS para que esta possa tomar providências em caso de algum desses materiais esteja quebrado ou em mau funcionamento. Com isso, garantindo o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

É importante compartilhar com os pais as metas esperadas nas consultas para que estes se tornem corresponsáveis no desenvolvimento e crescimento de seus filhos, bem como possam ter uma participação maior nas consultas, não sendo apenas passivos ao receber informações.

Também serão orientadas as técnicas adequadas para realização das medidas. Com o intuito de padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Meta: realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Durante o programa de intervenção será feito ainda o registro e acompanhamento das crianças com alto risco na comunidade, o registro será realizado pela equipe e colocado no livro de puericultura.

Será realizada a orientação da equipe sobre a prioridade das crianças de alto risco para que as mães possam sentir-se mais estimuladas a fazer o cuidado continuado dessas crianças, as mesmas deverão ser identificadas nas fichas em espelho.

Por meio de reunião e palestras em educação em saúde, será definido o melhor papel para cada integrante da equipe na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional.

Meta: dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Será ressaltada durante as consultas a importância das orientações de prevenção de acidentes para as crianças, sendo que será realizada também nas visitas domiciliares da equipe.

A orientação à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, acidentes na infância e orientação sobre o aleitamento materno também serão realizadas na sala de espera por meio de pequenas palestras ou elaboração de cartazes e folders pela equipe.

Meta: fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Durante o projeto será feito o registro das crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e aleitamento materno complementar até os 2 anos, fazendo sempre que possível atividades de educação em saúde sobre o assunto devido sua importância.

Saber a forma de nutrição da criança é importante para o raciocínio de doenças que possam vir aparecer, como desnutrição e diarreia. Por isso durante as consultas regulares de puericultura com médico ou enfermeiro serão feitas orientações sobre a nutrição adequada de acordo com a faixa etária.

Sempre nas consultas médicas ou do enfermeiro, as mães deverão ser orientadas, além do restante da família quanto à importância do aleitamento materno, e se estiverem realizando deverá ser elogiada esta mãe, uma vez que o feedback positivo é sempre algo importante para o ser humano continuar fazendo o certo.

Bem como nas visitas domiciliares os agentes comunitários também terão o dever de realizar essa orientação, para que seja um trabalho em equipe e torne-se mais eficaz.

Meta: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Durante toda a intervenção será observado periodicamente se os registros estão sendo realizados no prontuário ou ficha espelho. Além da verificação se a

equipe está realizando atividades de educação preventiva e ressaltando a importância para a comunidade.

Meta: fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas

Faremos busca ativa dessas crianças assim acolhendo melhor os cuidadores, bem como usaremos esse momento como oportunidade para realizarmos todas as orientações a respeito do acompanhamento de puericultura. A usuária deverá sentir que a UBS tem as portas abertas para o acompanhamento do seu filho. A busca ativa será realizada por todos na equipe, médico, enfermeiro, técnico de saúde e ACS.

Meta: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses

Também existe a necessidade dessas crianças serem avaliadas de forma periódica pelo odontólogo, tanto para a realização de medidas preventivas quanto para medidas terapêuticas quando preciso, pretendemos juntamente com o odontólogo verificar uma forma de essas crianças serem assistidas com prioridade e terem uma agenda de saúde bucal, porém durante a intervenção este profissional saiu da UBS.

Dessa forma, temos o objetivo de oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, além de organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade.

Além disso, a comunidade será informada que as crianças também precisam ir ao odontólogo, muitas mães principalmente dos lactentes durante as consultas referem ter medo de realizar a higiene bucal das crianças e muitas acham que nessa fase não há necessidade. Por isso, esses costumes precisam ser constantemente desmistificados para que as crianças tenham uma boa saúde bucal.

Pensamos em organizar uma agenda para atividades na escola, além de organizar o material. Porém essa ação está bem distante de ser realizada porque necessita de muito tempo e empenho, e o tempo da intervenção é pequeno, e na realidade onde atuamos não temos como sair dos atendimentos para realizar essas atividades. Então já é esperado que não realizaremos grandes trabalhos na escola.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta: ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador: proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

- Numerador: número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

- Denominador: número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta: realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

- Numerador: número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

- Numerador: número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

- Numerador: número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

- Denominador: número de crianças com déficit de peso

Meta: monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

- Numerador: número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

- Denominador: número de crianças com excesso de peso.

Meta: monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

- Numerador: número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

Indicador: proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

- Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador: proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

- Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

- Denominador: número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: proporção de crianças com triagem auditiva.

- Numerador: número de crianças que realizaram triagem auditiva.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

- Numerador: número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Indicador: proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Denominador: número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

Indicador: proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

- Numerador: número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

- Denominador: número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta: fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador: proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

- Numerador: número de crianças faltosas ao programa buscadas.

- Denominador: número de crianças faltosas ao programa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta: manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: proporção de crianças com registro atualizado.

- Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: proporção de crianças com avaliação de risco.

- Numerador: número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde das crianças.

Meta: dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

- Numerador: número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador: número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

- Numerador: número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

- Numerador: número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta: fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

- Numerador: número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

- Denominador: número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Puericultura vamos adotar a Caderno de Saúde da Criança, Brasil 2012. Utilizaremos uma ficha espelho que será fornecida pelo curso de especialização em saúde da família da UFPeL, pois não há fichas espelho destinadas a esse programa pelo município. Na ficha espelho constaram informações referentes: as medidas antropométricas da criança ao nascimento, tipo de aleitamento realizado, características do desenvolvimento e crescimento, avaliação do risco de desnutrição e obesidade pelos gráficos do z score contidos na caderneta da criança, histórico vacinal, verificação da realização do teste do pezinho e triagem auditiva, número de consultas realizadas de puericultura e avaliação da necessidade de avaliação da saúde bucal.

Estimamos alcançar 150 crianças entre 0-72 meses, correspondendo à estimativa de 100% pelo caderno de ações programáticas. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir as fichas para o projeto de intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico revisará o prontuário das crianças na faixa etária estipulada por micro-área de cada agente comunitário de saúde, o qual o ajudará neste processo. Nessa análise, algumas informações já serão transcritas para a ficha espelho e deixará uma anotação sobre as consultas em atraso para que possa ser feita busca ativa, verificação dos exames realizados, monitoramento do crescimento e desenvolvimento e histórico vacinal.

Para as ações serão realizadas logística comum para aquelas do mesmo tipo, são essas de forma geral: ação de monitorar as crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, ação de monitorar as crianças com consultas de puericultura em dia, ação de capacitar a equipe para um adequado preenchimento da caderneta da criança, ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, ação de monitorar as crianças de alto risco e ação de orientar medidas preventivas de acidentes, ações sobre o aleitamento materno, ação de sensibilizar a comunidade, ação de acolhimento das crianças, ação de avaliar a saúde bucal.

Segue a logística específica para cada grupo de ações acima:

1) Ação de monitorar as crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida: será realizado o registro pelo enfermeiro dessas crianças no livro destinado ao programa de puericultura, bem como nesse

momento será preenchida a ficha espelho pela equipe para essa criança e realização da primeira consulta. Será necessário, portanto para operacionalização, atualizar o livro de puericultura e cópias para todas as crianças das fichas espelho.

2) Ação de monitorar as crianças com consultas de puericultura em dia: será confeccionada pelo médico um cartão de consultas e entregues as mães durante as consultas, bem como pelos ACS durante as visitas. Em cada consulta será registrado o carimbo do profissional nesse cartão, bem como na ficha espelho constará a informação do número de consultas realizadas. Será necessário, portanto, cópias deste cartão.

3) Ação de capacitar a equipe para um adequado preenchimento da caderneta da criança: Para essa ação, necessitaremos de uma sala, computador e se possível retroprojetor, cadernetas de crianças extras, além de folhas de papel ofício para os ACS fazerem suas anotações. Será feita essa capacitação para que toda a equipe utilize a mesma referência na atenção a saúde da criança, esta capacitação ocorrerá na própria UBS e será realizada na forma de educação em saúde pelo médico. A capacitação poderá ser feita pelo médico ou enfermeiro.

4) Ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo: será realizada da mesma forma que a ação acima.

5) Ação de monitorar as crianças de alto risco e ação de orientar medidas preventivas de acidentes: será registrado na ficha em espelho as crianças de alto risco durante as consultas, bem como durante as palestras tipo educação em saúde serão feitas orientações sobre medidas preventivas de acidentes.

6) Ações sobre o aleitamento materno: serão realizadas orientações para que a equipe possa atuar nessa ação durante as visitas. Para a apresentação serão necessários manequins/ bonecos para orientações práticas. A capacitação poderá ser feita pelo médico ou enfermeiro.

Semanalmente, o médico analisará as fichas espelho das crianças, identificando aqueles com consultas atrasadas ou que necessitem de acompanhamento programado devido alguma alteração em atendimento anterior. O agente comunitário fará busca ativa das crianças com consultas atrasadas. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3. Relatório final da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Ao fim do período de intervenção foram perceptíveis às mudanças na UBS, desde o acolhimento das crianças até o seguimento das consultas de puericultura. Percebemos boa adesão das mães que eram orientadas desde o final do pré-natal e na primeira semana de vida da criança. Conseguimos seguir o cronograma quase que totalmente, ocorreram alguns imprevistos que dificultaram a realização de algumas reuniões.

As ações foram realizadas no âmbito de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

Para que o programa fosse desenvolvido com efetividade, toda a equipe teve que conhecer o objetivo básico e o apoio teórico que embasava o projeto de intervenção. Portanto, foi deixado duas cópias do manual de puericultura do ministério da saúde impressos na UBS para ajudar nas consultas e nas palestras. Na primeira semana da intervenção foi apresentado para a equipe os pontos principais da intervenção e do programa de puericultura na forma de educação em saúde.

Durante a intervenção foram realizadas palestras sobre a importância da puericultura, aleitamento materno e preenchimento da caderneta da criança. Na UBS fizemos um treinamento adequado quanto ao preenchimento da caderneta da criança, ficha espelho e vacinação.

Por meio de reunião e palestras em educação em saúde, ajudamos cada integrante da equipe a definir o melhor papel para cada um na prevenção dos acidentes na infância, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional.

Não conseguimos atingir a cobertura de 100%, pois durante a intervenção tivemos muitas dificuldades devido à reforma da UBS, muitas mães procuravam outras unidades devido à sala de espera da unidade ser quente e sem cobertura, além disso, muitas usuárias não se sentiam a vontade no consultório que era compartilhado com outros profissionais devido às interrupções que às vezes aconteciam durante as

consultas e falta de privacidade de relatarmos suas dúvidas. Além disso, ocorreram muitas emigrações recorrentes por causa dos alagamentos em algumas ruas devido à cheia do rio Solimões.

Foi feita a análise mensal do número de crianças que ingressavam no acompanhamento da puericultura a partir da primeira consulta na primeira semana de vida, visando à orientação da regularidade do acompanhamento que a criança devia ter até os 72 meses. Esses dados foram registrados nas fichas espelho, além do livro de puericultura. Assim conseguimos monitorar o número de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Para controlar e fazer registro do número de consultas de puericultura de cada criança, foi confeccionado um cartão de consultas conforme o número de consultas estipulado pelo Ministério da Saúde e estes foram entregues para as crianças por toda a equipe. Desta forma, todos tinham a possibilidade de observar no cartão de consultas de puericultura se a criança estava em dia ou não com as consultas, e quando inadequado, fazíamos a orientação para a mãe.

Com esse cartão de consultas também foi realizada a busca ativa das crianças para o programa, a qual foi feita por toda a equipe, porém essa atividade foi realizada em sua maior frequência pelos ACS. Na primeira semana de vida da criança a enfermeira da equipe realizava a visita em domicílio e deixava agendada a próxima consulta. Sendo que após cada consulta era deixada a próxima consulta agendada.

Dessa forma estávamos monitorando as crianças com número de consultas de puericultura conforme o Ministério da saúde estipulava

Fizemos a monitoração das crianças com desnutrição ou risco de obesidade, por meio do prontuário e do sistema de alternância de consultas entre o médico e o enfermeiro para um melhor seguimento, na consulta de puericultura foram anotadas as crianças com excesso de peso ou desnutrição para que pudessem ser acompanhadas pelos profissionais nas consultas. Ficando sempre destacada essa informação, pois era importante no seguimento, bem como para que pudessem ser acompanhadas de forma multidisciplinar e referenciadas quando necessário.

Visando manter a prevenção primária por meio da imunização. Estávamos realizando o registro no cartão de consultas se as vacinas estavam incompletas para que pudessem ser prontamente realizadas se possível (caso não houvesse contraindicações) ainda no dia da consulta de puericultura. Estávamos seguindo a periodicidade das consultas pelo Ministério da saúde, essas frequentemente

coincidiam com as datas das vacinas e isso facilitava manter uma boa cobertura vacinal.

O teste do pezinho tem sua importância em diagnosticar doenças graves no período infantil, sendo necessário que todos os usuários nascidos tenham realizado antes dos 7 dias de vida. Em toda primeira consulta de puericultura estávamos registrando essa informação na ficha espelho e prontuário. Muitas crianças estavam realizando, porém o resultado demorava uns três meses para ficar pronto de forma completa com a investigação de hipotireoidismo e fenilcetonúria.

Referente ao teste da orelhinha existe no local uma dificuldade na realização do mesmo por todas as crianças, devido à baixa disponibilidade do exame no município. Não conseguimos atingir grande cobertura de crianças realizando o exame.

Conseguimos ampliar o programa de suplementação de ferro que visa à prevenção da anemia. Registrávamos a dose do suplemento de ferro e programação da criança na ficha de consultas e no prontuário, facilitando assim para a mãe o acesso ao medicamento e condução do caso pela equipe. Existia um número grande de crianças que não estavam realizando a suplementação, tentamos aumentar aos poucos essa adesão.

Deixamos um estoque de medicamentos de suplementação de ferro reservados para o programa, facilitando assim a adesão.

Durante o acompanhamento da criança, estávamos monitorando a avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, essa avaliação estava sendo registrada nos prontuários e na ficha da intervenção para que a criança pusesse ser acompanhada pela equipe e devidamente referenciada de forma precoce ao serem detectadas anormalidades.

Estávamos referenciando por meio de encaminhamento as crianças com atraso no desenvolvimento ao especialista, assim que anormalidades eram detectadas. Porém, há grande demora no acesso aos especialistas pediátricos.

Fizemos o registro da história alimentar das crianças e realizamos as devidas orientações conforme a faixa etária.

Durante o programa de intervenção realizamos o registro e acompanhando das crianças com alto risco na comunidade, o registro foi realizado por toda a equipe e colocado no livro de puericultura.

Ressaltamos durante as consultas a importância das orientações de prevenção de acidentes para os responsáveis das crianças, anotando no prontuário.

Essas orientações foram realizadas principalmente pelos ACS durante suas visitas domiciliares.

Durante a projeto realizamos o registro das crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e aleitamento materno complementar até os 2 anos, fazendo sempre que possível atividades de educação em saúde sobre o assunto devido sua importância, na forma de sala de espera e capacitação em equipe. Além disso, foram registradas as crianças que observamos mamando na primeira consulta.

Realizamos também busca ativa dessas crianças para que a mãe pudesse sentir –se acolhida, bem como termos a oportunidade de realizarmos todas as orientações a respeito do acompanhamento de puericultura. A busca ativa foi realizada por todos na equipe, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS.

Para a avaliação do crescimento e peso há necessidade que esses equipamentos estejam em bom funcionamento. Portanto é de responsabilidade da equipe proteger esses equipamentos e solicitar reparo ou manutenção quando necessário. Porém, esse reparo foi demorado, e algumas de nossas balanças ficaram descalibradas e não conseguimos a disponibilidade do antropômetro para os lactentes, somente a fita métrica que acaba trazendo medidas alteradas dependendo do profissional. Isso prejudicou algumas informações precisas.

Também tivemos dificuldade na cópia das fichas espelho e do cartão de consultas pela secretaria local, sendo que os custos foram inteiramente do profissional que elaborou a intervenção.

Na UBS onde realizamos a intervenção já existiam pessoas responsáveis para a solicitação das vacinas e materiais, e faziam também o controle do estoque e data de vencimento. Sendo também que já existia a porta aberta, sempre quando verificava que estava uma vacina em atraso era possível encaminhar diretamente ao setor.

Neste caso, como o programa de imunização atuava de forma adequada, seguiu-se a importância de elogiar o setor para que continuasse realizando o bom trabalho.

Orientamos desde as consultas de pré-natal e reuniões de grupo de gestantes a importância do teste do pezinho para que a família conhecesse a necessidade do exame na vida do seu filho. Nesse sentido, garantindo orientações para a família quanto à importância do teste do pezinho.

As crianças do programa puderam agendar as consultas com o cartão de puericultura com as datas programadas das consultas em até dois dias antes, desse modo reservando a sua consulta e tendo mais facilidade de acesso aos profissionais, uma vez que não precisavam enfrentar as filas na madrugada, dessa forma tivemos maior adesão das usuárias.

Isso teve grande importância, pois como muitas mães trabalhavam e acabavam sentindo dificuldade em pegar ficha de um dia para o outro, por conta disso não seguiam as consultas de puericultura e somente levavam as crianças quando já estavam com doença instalada. Portanto o agendamento facilitado das consultas trouxe maior progressão da cobertura e da qualidade da atenção da saúde da criança.

Sempre nas consultas médicas ou do enfermeiro estávamos orientando as mães e o restante da família quanto à importância do aleitamento materno, e se estivessem realizando adequadamente elogiávamos esta mãe, uma vez que o feedback positivo é sempre algo importante para o ser humano continuar fazendo o certo.

Bem como nas visitas domiciliares os agentes comunitários também estavam realizando essa orientação, tornando assim o trabalho integrado em equipe.

A equipe recebeu orientações sobre as crianças com prioridade que apresentavam alto risco, assim fazendo com que as mães sentissem-se mais estimuladas a fazer o cuidado continuado dessas crianças.

Durante as consultas compartilhamos com os pais as metas esperadas nas consultas e a importância da vacinação para que estes se tornassem corresponsáveis no desenvolvimento e crescimento de seus filhos, bem como pudessem ter uma participação maior nas consultas, não sendo apenas passivos ao receber informações.

Ao iniciar a suplementação de ferro, os pais foram informados nas consultas sobre os benefícios da suplementação para que não deixassem de realizar, também foram orientados dos efeitos colaterais gastrointestinais que podiam aparecer e se caso ocorressem, foram orientados a comparecer na UBS para ajuste da dose a qual poderia ser diminuída ou modificada pelo hábito alimentar, até que criança tivesse melhor tolerância e a dose padrão pudesse ser realizada. Isso diminuiu a suspensão do remédio pela família que achava que a criança não conseguia tomar a medicação.

Estávamos orientando as mulheres no período gestacional sobre a importância do aleitamento materno, fosse por meio de orientações com palestras

rápidas na sala de espera, com a formação de grupos de gestantes, além das consultas de pré-natal.

A orientação à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, acidentes na infância e orientação sobre o aleitamento materno foi realizada na sala de espera por meio de pequenas palestras ou elaboração de cartazes e folders pela equipe. Porém, estávamos com dificuldade de realizar essas orientações a nível comunitário por falta de tempo de todos os profissionais que tiveram outras atividades a cumprir.

3.2 As ações previstas que não foram desenvolvidas

O odontologista ficou sem sala para atendimento devido a reforma, por isso infelizmente não desenvolvemos as ações específicas em saúde bucal.

Tivemos dificuldades em realizar atividades na escola pelo pouco tempo disponível as atividades que possuímos para realizar atividades fora da unidade de saúde. Assim não conseguimos realizar essa ação.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção

Durante a intervenção, algumas dificuldades foram enfrentadas e tentamos por meio de reuniões diminuirmos as mesmas. Algumas dificuldades foram: pouco engajamento de alguns ACS, pouca disponibilidade de tempo da enfermeira para as consultas de puericultura e sala de espera inadequada para “espera”.

No início da intervenção os clientes reclamavam muito da demora devido ao preenchimento da ficha, porém com o tempo, os que retornaram não reclamaram mais, pois perceberam que isso era importante para um melhor acompanhamento das crianças.

A intervenção também trouxe dificuldades em relação às obrigações de alguns profissionais na UBS que já existiam anteriormente; referente à realização da produção mensal, diária e preenchimento das fichas de pré-natal. Principalmente após a entrada da nova ficha de produção diária.

Quanto à interpretação dos dados na planilha, ocorreram algumas dificuldades no decorrer da intervenção no preenchimento, mas que foram explicadas pelo orientador da monografia.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

A periodicidade das consultas de puericultura, preenchimento das fichas, palestras foi incorporada a rotina de serviços de forma parcial, isso porque, o médico foi o principal responsável pelo desenrolar da intervenção nessa UBS, com isso querendo ou não, o tornou o responsável por quase tudo que ocorreu na intervenção; porém aspiramos que ao menos as ações básicas fiquem incorporadas a UBS quando a intervenção terminar.

Como mencionado acima, as ações em saúde bucal e reuniões na comunidade em lugares fora da UBS não foram realizadas. A primeira devido o odontólogo ter saído da equipe por causa da reforma e a segunda por falta de disponibilidade de tempo extra dos profissionais para a realização de atividades gerais na comunidade.

Muitas das ações foram incorporadas a rotina da unidade, a saber: monitoramento das crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, consulta facilitada para as crianças através do cartão de consultas, monitoramento das crianças desnutridas, obesas ou de alto risco, incentivo pela equipe ao aleitamento materno e acolhimento as crianças. Outras ações acredita-se que serão incorporadas parcialmente, pois dependem de cada profissional, como a busca ativa dos faltosos e palestras na sala de espera.

As atualizações sobre os protocolos e palestras para capacitação também se acredita ser difícil continuarem de forma rotineira, pois necessitam da disponibilidade de profissional com conhecimentos no assunto como médico ou enfermeiro. Portanto, após a finalização do curso é incerta a convicção se continuaram.

Para tentar evitar essa descontinuação da intervenção, penso em realizar uma última palestra até a finalização do curso, deixando o nome de sites para pesquisas e materiais copiados no computador da unidade para o acesso de todos da equipe.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção integral a saúde da criança entre 0-72 meses. Durante a intervenção conseguimos ampliar a cobertura de forma

progressiva, nossa meta era atingir 100%, porém alcançamos 80% o que equivale a um número de 120 crianças entre 0-72 meses em 150 que era a estimativa na área adscrita.

A UBS sempre prestou atendimentos às crianças, mas somente 20% dentro do programa de puericultura. Não conseguimos alcançar os 100% de cobertura devido alguns problemas locais. Nossa área ainda tem um problema ambiental, uma vez que se situa próximo ao rio Solimões e em épocas de cheias, muitos moradores emigram e demoram a retornar ao seu lar, isso dificultava uma real adscrição da clientela, os ACS precisavam após essa cheia refazer o cadastramento em um tempo curto que muitas vezes tornava os dados equivocados. Além disso, o valor estimado total de crianças pelo número total de habitantes não levava em consideração um fator perceptível notável no decorrer da intervenção, qual seja, muitas mulheres em idade fértil por dificuldades financeiras doavam seus filhos para parentes próximos logo ao nascer e mesmo assim cadastravam o recém-nascido como da área para que pudesse receber cuidados quando estivesse visitando sua casa. Essa adoção por parentes próximos ocorre principalmente quando as mães são adolescentes ou multíparas.

Todos esses são fatores acabaram por interferir na acurácia das nossas estimativas.

Na intervenção fizemos análise de 19 indicadores relacionados à saúde da criança, que são comentados a seguir.

1) Indicador: proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Relação entre o número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde entre o número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Tivemos uma evolução da cobertura de 40 crianças no primeiro mês, 73 crianças no segundo mês e 120 no terceiro, o que correspondeu a uma porcentagem de 26,7%, 48,7% e 80% respectivamente em cada mês da intervenção.

A busca ativa pela equipe foi uma das ações que ajudou a melhorar muito a cobertura, e o que dificultou foi a reforma na UBS, pois a sala de espera era quente

para as crianças. Além disso, ocorreu uma emigração recorrente dos moradores da área devido aos alagamentos em algumas ruas.

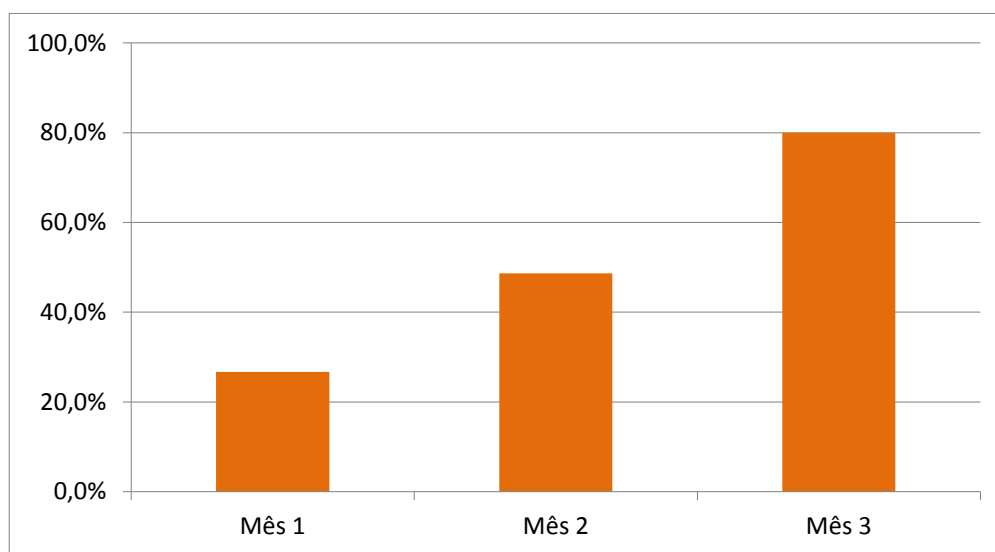


Figura 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

2) Indicador: proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Relação entre o número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Existe a recomendação que as crianças tenham sua primeira consulta até os 7 dias, conseguimos um avanço ainda que modesto ampliando de 30 crianças (20%) antes da intervenção para 18 (45%) crianças no primeiro mês, 35 (47,9%) crianças no segundo mês e 66 (55%) crianças no terceiro mês. Tivemos 20 novos nascidos vivos e 19 (95%) receberam visita da enfermeira que realizou a primeira consulta, os demais 16 foram recadastrados após busca ativa e investigados retrospectivamente essa situação com os responsáveis.

As ações que auxiliaram na detecção precoce das crianças foram o recadastramento, a capacitação dos ACS sobre o programa de puericultura, além do acompanhamento e orientações das gestantes no pré-natal.

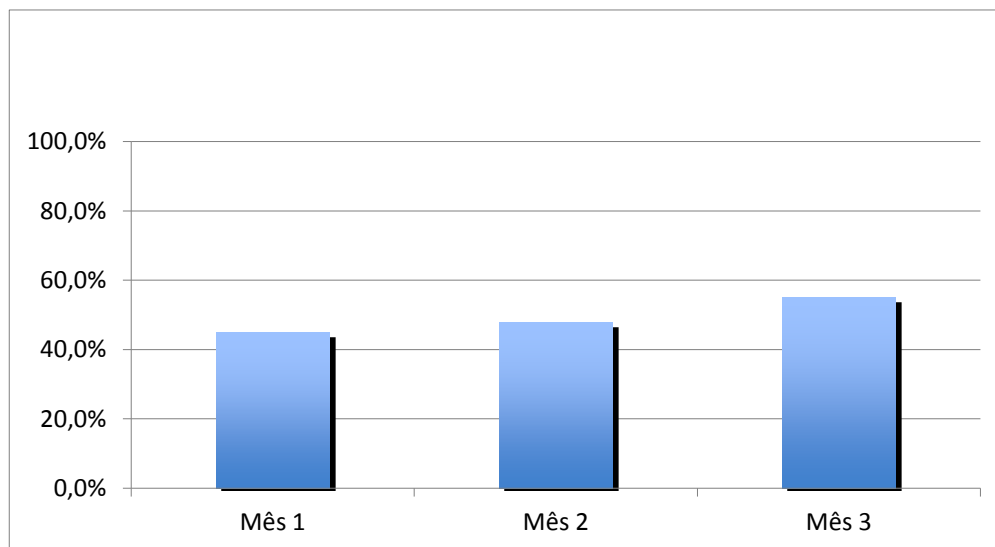


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

3) Indicador: proporção de crianças com monitoramento do crescimento.

Relação entre o número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: monitorar o crescimento em 100% das crianças.

O monitoramento do crescimento foi realizado em 102 crianças (85%), sendo que em todas foi anotado no prontuário, ficha espelho e caderneta os valores aferidos. Tivemos um avanço durante os meses de 85% (34 crianças) , 87% (64 crianças) e 85% (102 crianças) no decorrer dos 3 meses de intervenção.

As crianças que não conseguimos fazer a avaliação foram aquelas que não passaram pela triagem ou foram intitulados valores antropométricos muito discrepantes pelos profissionais da triagem, uma vez que nossa balança não foi calibrada nesse período e uma própria para os lactentes quebrou durante a intervenção, só ficando uma balança funcionante. Também foram consideradas como crianças sem monitoramento do crescimento aquelas em que as mães traziam de forma muito irregular e/ou sem registro do crescimento na caderneta e no prontuário em consultas anteriores.

Como não tínhamos sala própria para triagem alguns ACS mesmo após a capacitação verificavam a altura de algumas crianças nos braços do responsável, sendo que essa medida era sempre refeita durante o atendimento médico.

A revisão com os ACS sobre os pontos principais da caderneta ajudou a melhorar esse monitoramento, porém alguns ainda permaneceram no erro. Há

necessidade de mais capacitações nesse sentido, além de uma organização da Unidade para realizar a triagem adequada das crianças.

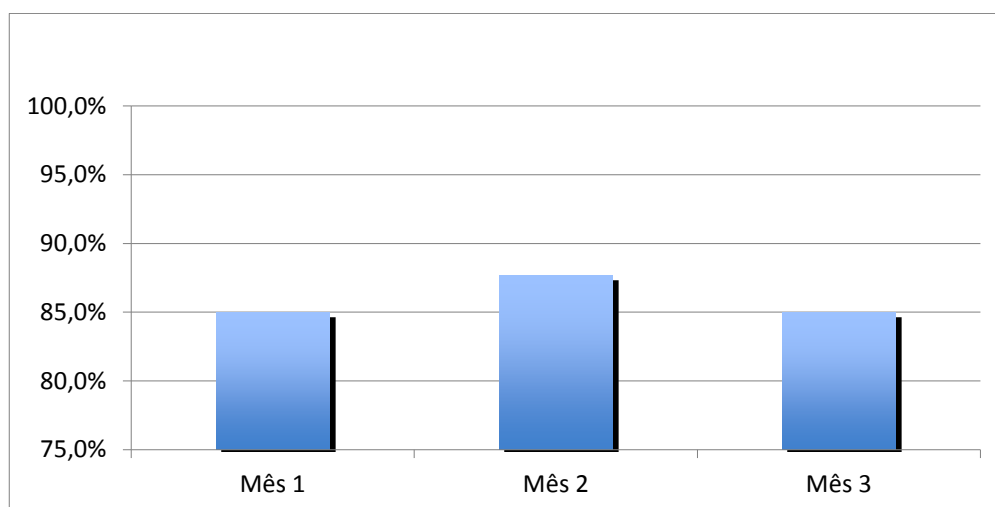


Figura 3: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

4) Indicador: proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Relação entre o número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde e o número total de crianças com déficit de peso.

Meta esperada: monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Das crianças que detectamos déficit de peso, conseguimos monitorar 100%, foram detectadas 5 (100%) no primeiro mês, permaneceu 5 (100) no segundo mês e fechamos com 7 (100%) crianças com déficit de peso no terceiro mês. Nas que faltavam o ACS faziam busca ativa na visita, assim conseguimos manter o acompanhamento. As crianças com desnutrição grave foram referenciadas para acompanharmos de forma multidisciplinar com nutricionista pelo NASF e pediatra na policlínica de Manacapuru ou em Manaus quando não apresentávamos especialista no município.

5) Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Relação entre o número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde e o número de crianças com excesso de peso.

Meta esperada: monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Monitoramos 1 (50%) criança no primeiro mês com excesso de peso, 2 (100%) crianças no segundo mês e permanecemos com 2 (100%) no terceiro mês com excesso de peso, além de serem referenciadas para o especialista para investigação de comorbidades associadas, pois não tínhamos disponibilidade de exames hormonais e investigatórios de obesidade secundária pelo município.

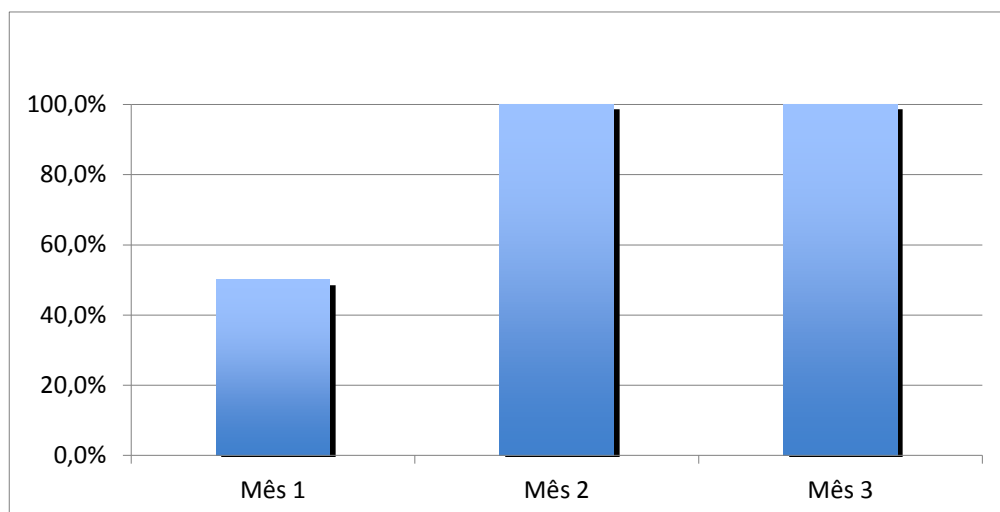


Figura 4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

6) Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Relação entre o número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

O monitoramento do desenvolvimento também foi crescente, no início das consultas programadas e revezadas com enfermagem e médicos, geralmente omitiam ou mesmo não se lembravam de realizar, com o decorrer da intervenção conseguimos melhorar o exame físico e anamnese, ampliar essa cobertura e detectar algumas crianças com déficit de desenvolvimento.

Antes da intervenção tínhamos uma média estimada de cobertura de 65%, conseguimos ampliar para 72,5% (29 crianças), 82,2 % (60 crianças) e 85,8% (103 crianças), do primeiro ao terceiro mês das crianças acompanhadas.

As reuniões em equipe ajudaram muito a melhorar esse monitoramento, além do preenchimento da ficha espelho e a consulta aos parâmetros pelo manual de atenção a saúde da criança do Ministério da saúde que está impressa na UBS.

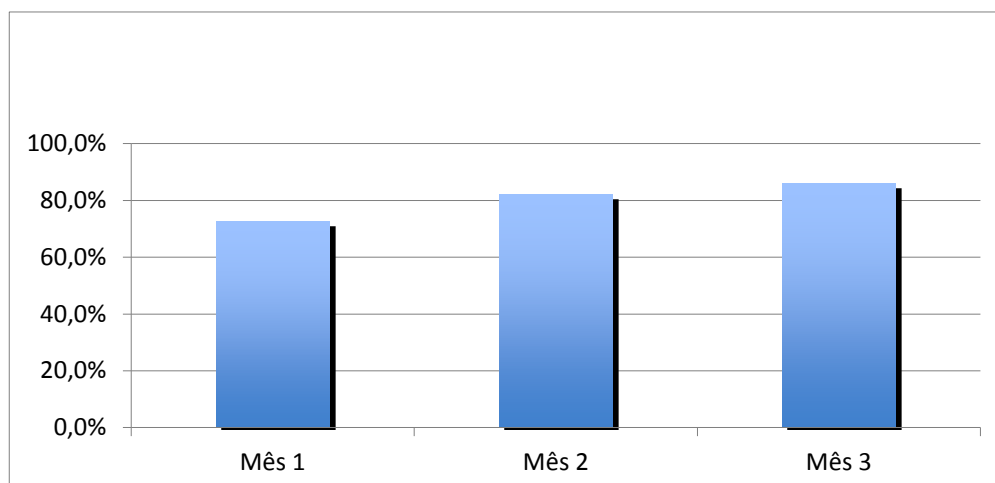


Figura 5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

7) Indicador: proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Relação entre o número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro e o número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Ampliamos também o número de crianças no programa do ferro. No decorrer da intervenção subimos de 64,3% (9 crianças), 77,3% (17 crianças), 83,8% (31 crianças) no primeiro, segundo e terceiro mês, em um total de 37 crianças entre 0-24 meses.

As palestras em sala de espera pelo técnico de enfermagem e ACS, além dos incentivos nas consultas contribuíram grandemente para essa progressão. Além disso, tínhamos um estoque bom de sulfato ferroso para o programa.

Não conseguimos a meta de 100% devido muitas cuidadoras descontinuarem a profilaxia por não comparecerem a unidade para obterem a medicação, essas foram retiradas da estatística. Além disso, alguns profissionais não se lembravam de renovar as receitas mesmo com a ficha espelho e nem o cliente solicitava, então não era instituída a profilaxia. Precisamos repensar em uma nova forma de distribuição da medicação para a comunidade visando alcançar os 100%. Uma tentativa seria a distribuição da medicação durante as visitas dos ACS.

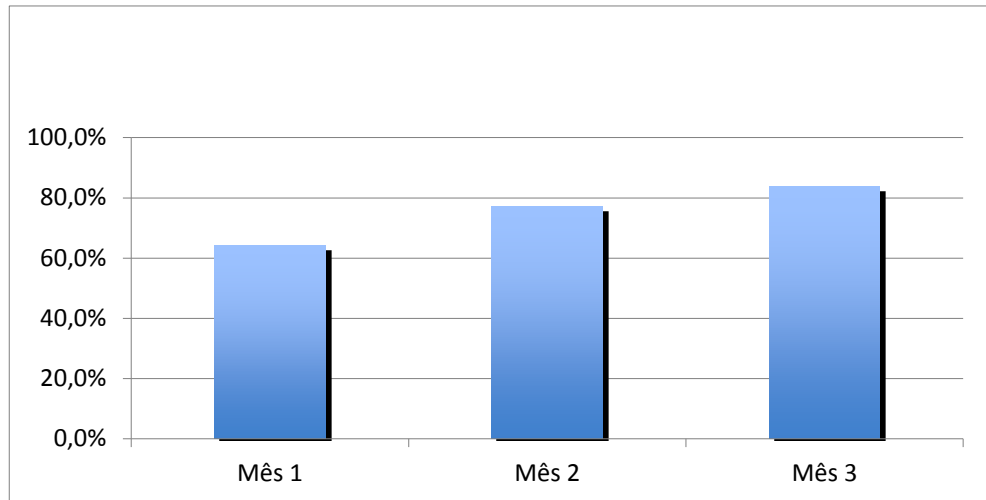


Figura 6: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

8) Indicador: proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Relação entre o número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Conseguimos manter uma boa cobertura do programa de vacinação que já existia antes da intervenção.

Durante as consultas as mães eram orientadas sobre a importância da imunização ativa e mantivemos a porta-aberta da sala de imunização para melhor acesso das usuárias.

Conseguimos imunizar 37 (92,5%), 70 (95,9%) e 115 (95,8%) crianças do primeiro ao terceiro mês respectivamente, de 120 crianças que acompanhamos.

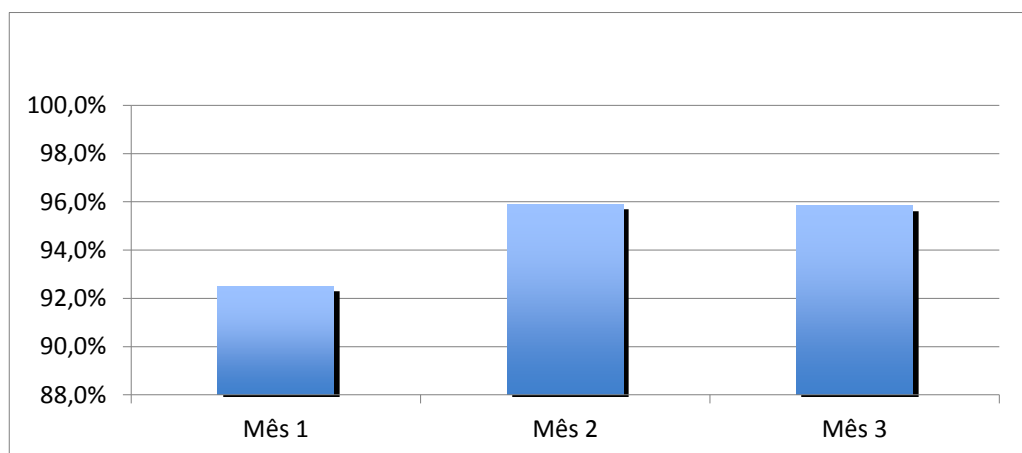


Figura 7: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

9) Indicador: proporção de crianças com triagem auditiva.

Relação entre o número de crianças que realizaram triagem auditiva e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

No município não tivemos a disponibilidade do teste da orelhinha de fácil acesso, muitas crianças que conseguiam eram referenciadas para Manaus ou faziam particular na própria capital. Em uma intervenção é importante existir o empenho não só da equipe da UBS, mas também da gestão local para alcançarmos alguns objetivos, e nesse sentido entra o teste da orelhinha.

Durante as consultas as mães foram insistentemente orientadas a realização desse exame, porém como eram a maioria de baixa renda tivemos baixos indicadores.

Conseguimos a realização da triagem auditiva em 18 (45%), 43 (58,9%) e 59 (49,2%) crianças do primeiro ao terceiro mês respectivamente, de 120 crianças que acompanhamos, sendo que a grande maioria dessas que realizaram tinham melhores condições socioeconômicas.

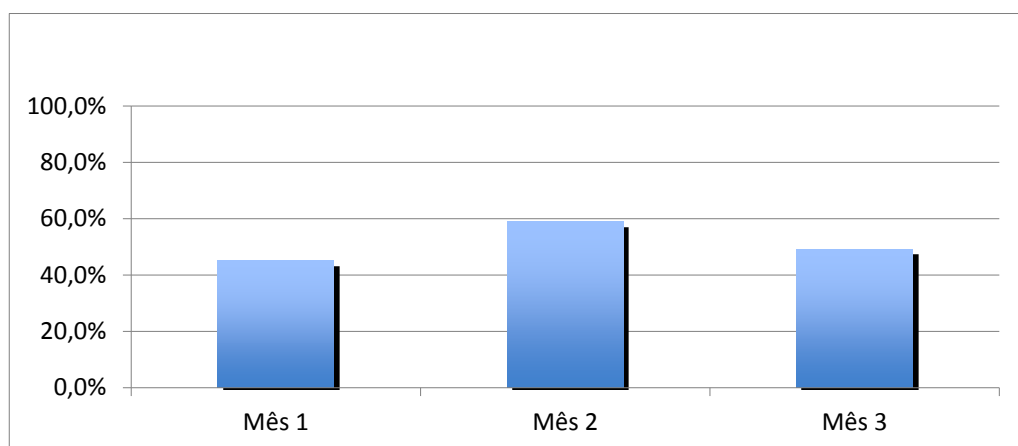


Figura 8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

10) Indicador: proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Relação entre o número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Já no teste do pezinho conseguimos indicadores melhores, ficamos com um percentual de 87,5% (35/40), 75,3% (55/73), 79,2% (95 crianças de 120) do primeiro ao terceiro mês.

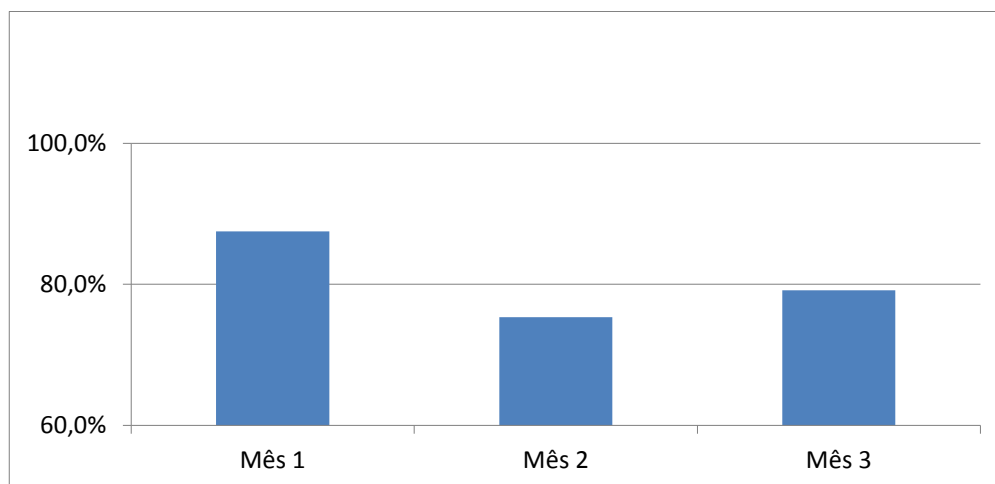


Figura 9: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

Não tínhamos essa estimativa fidedigna das crianças que estavam realizando o teste do pezinho nesse período, as fichas da intervenção foram importantes para essa análise. Também durante o pré-natal as mães eram orientadas a procurarem a central para a realização do exame, porém como só existia um local para a realização do teste para todo o município muitas crianças não conseguiam fazê-lo nos 7 primeiros dias de vida.

O resultado do exame demorava muito, no mínimo 3 meses e além disso, algumas mães esqueciam de pegar o resultado. Isso diminuía a importância do teste, uma vez que sua vantagem é o diagnóstico precoce de doenças graves antes das manifestações clínicas.

O que poderia melhorar o teste é que existisse um laboratório no município que fizesse a análise, assim descentralizando da capital e oferecendo resultados mais rápidos.

11) Indicador: proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Relação entre o número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e o número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

Durante a intervenção tivemos baixos indicadores relativos à saúde bucal, as que foram consideradas avaliadas em relação à necessidade de atendimento odontológico tinham sido avaliadas antes da intervenção ou em programas na escola com anotação no prontuário por isso foram consideradas.

Nesse período da intervenção ficamos sem os atendimentos odontológicos por causa da reforma que foi realizada nas instalações da UBS, deixando o profissional odontólogo sem sala para atendimentos.

A necessidade de avaliação de atendimento odontológico nas crianças de 6-72 meses, foram 50% (15/30), 36,2% (21/58) e 27,7% (26/94) decrescendo do primeiro ao terceiro mês que coincidiu com a saída do profissional da equipe.

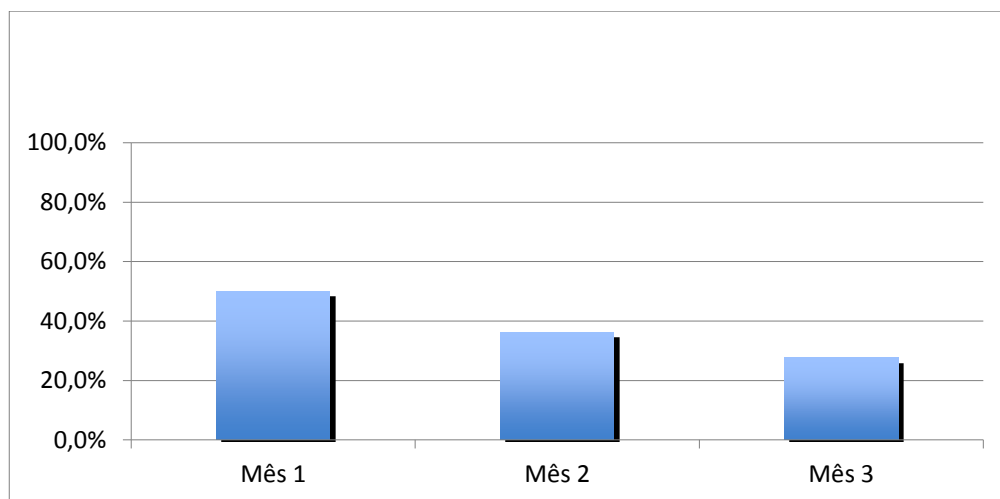


Figura 10: Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

12) Indicador: proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. Relação entre o número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada e o número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.

O fato explicado acima culminou com taxas de atendimentos muito baixas nessa faixa etária, geralmente acontecia quando a criança era encaminhada para o profissional odontólogo em outra UBS devido alguma anormalidade detectada no exame médico. Durante a intervenção nenhuma (0%) criança no primeiro mês realizou

atendimento, 2 (3,4%) realizaram no segundo mês e 5 (5,3%) de 95 crianças tiveram atendimento ao fim da intervenção.

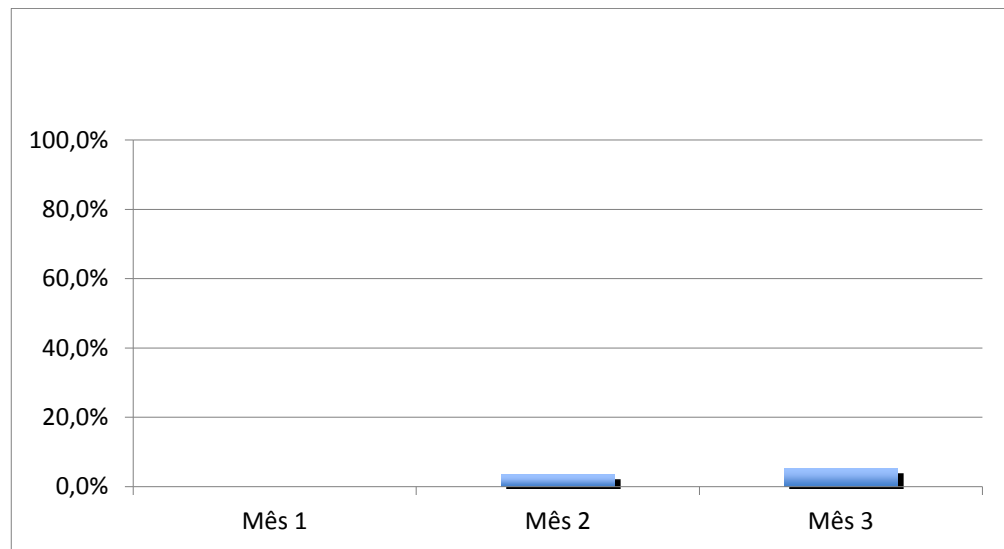


Figura 11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

13) Indicador: proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Relação entre o número de crianças faltosas ao programa buscadas e o número de crianças faltosas ao programa.

Meta esperada: fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Referente às buscas ativas das crianças faltosas, tivemos 100% (1/1), 80% (4/5) e 90% (9/10), essa criança que não fizemos a busca ativa foi porque o ACS responsável não conseguiu fazê-la no tempo da intervenção.

O que foi importante para obtermos poucas crianças faltosas foi o sistema de agendamento do retorno no cartão de consulta confeccionados para a intervenção (ANEXO C).

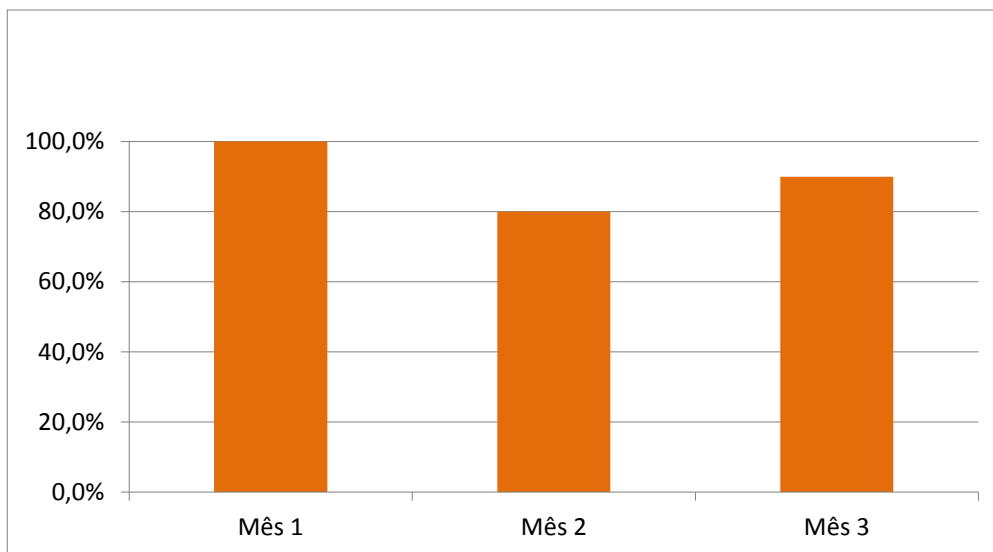


Figura 12: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

14) Indicador: proporção de crianças com registro atualizado.

Relação entre o número de fichas- espelho com registro atualizado e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

O fato explicado no indicador anterior ajudou ainda a mantermos as fichas das crianças com registro atualizado, somente da única criança que não conseguimos fazer a busca que permaneceu desatualizada. Ficando uma estimativa de 100% (40/40) no primeiro mês, 100% (73/73) no segundo mês e ao terceiro mês de 99,2% (119/120).

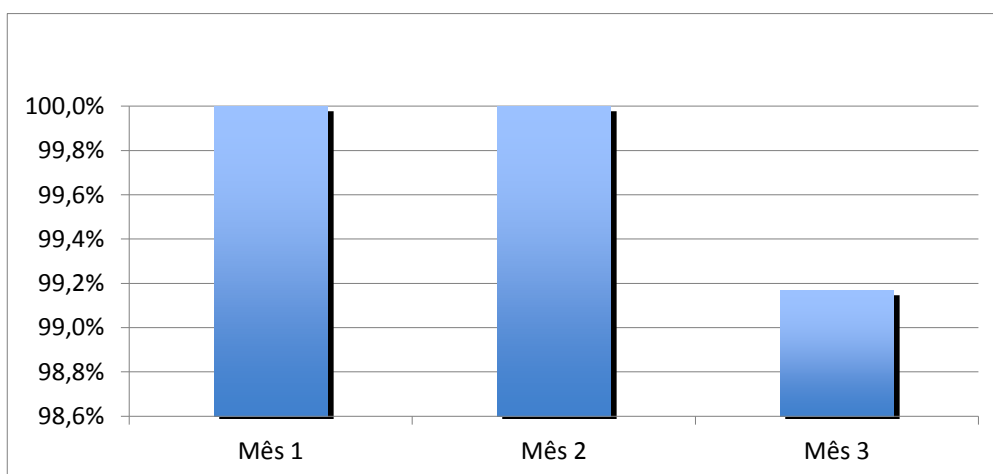


Figura 13: Proporção de crianças com registro atualizado.

15) Indicador: proporção de crianças com avaliação de risco.

Relação entre o número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Conseguimos proporções altas quanto à avaliação de risco e orientação sobre acidentes na infância, a saber, na avaliação de risco 97,5% (39/40), 98,6% (72/73), 98,3% (118/120) e na orientação sobre acidentes na infância nas 120 crianças acompanhadas nos 3 meses da intervenção.

Essas avaliações de risco foram feitas por toda a equipe e principalmente pelos ACS durante as buscas ativas.

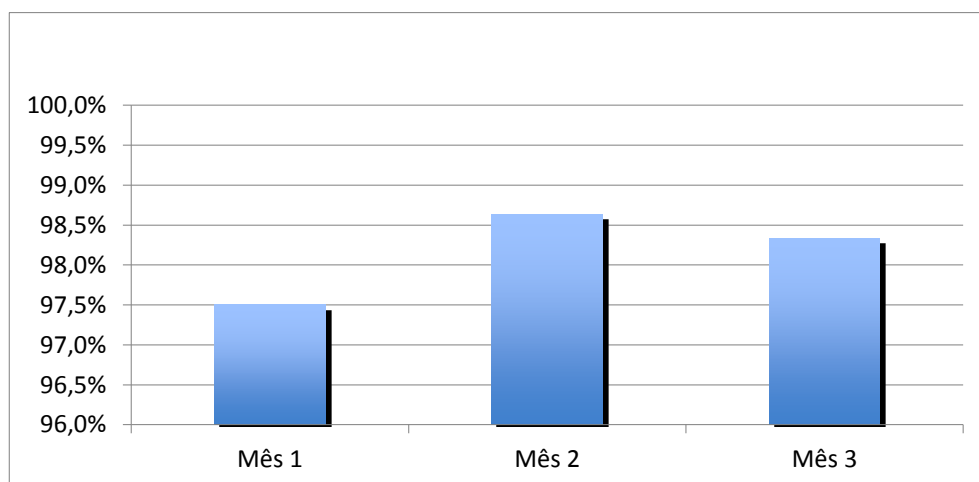


Figura 14: Proporção de crianças com avaliação de risco.

16) Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Relação entre o número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde,

Meta esperada: dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

As orientações sobre os acidentes na infância foram realizadas por toda a equipe desde as consultas até as visitas domiciliares, principalmente pelos ACS durante as buscas ativas. Esse tema também foi trabalhado em palestra rápida na sala de espera.

Conseguimos fazer orientação de 100% (40/40) no primeiro mês, 100% (73/73) no segundo mês e 100% (120/120) no terceiro mês da intervenção.

17) Indicador: número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Relação entre o número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura e o número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Das crianças acompanhadas, 29 (72,5%), 53 (72,6%) e 93 (77,5%) das crianças do primeiro ao terceiro mês respectivamente foram colocadas para mamar na primeira consulta. Conseguimos isso em 100% dos recém-nascidos (20) durante a intervenção. Além disso, para melhorar a estatística durante as consultas era perguntado da mãe de forma retrospectiva sobre essa condição.

Durante a intervenção foi realizada a capacitação sobre a técnica adequada de aleitamento materno além de orientação para as grávidas durante as consultas do pré-natal. Algo que poderia ser realizado para melhorar ainda mais essa estimativa seria roda de conversas com as gestantes e mães dos recém-nascidos, não conseguimos durante a intervenção devido dificuldade de encontrarmos lugar para as reuniões devido a reforma nas instalações da unidade e, além disso os horários dos trabalhadores da UBS ficaram restritos pelo pouco número de salas de atendimentos.

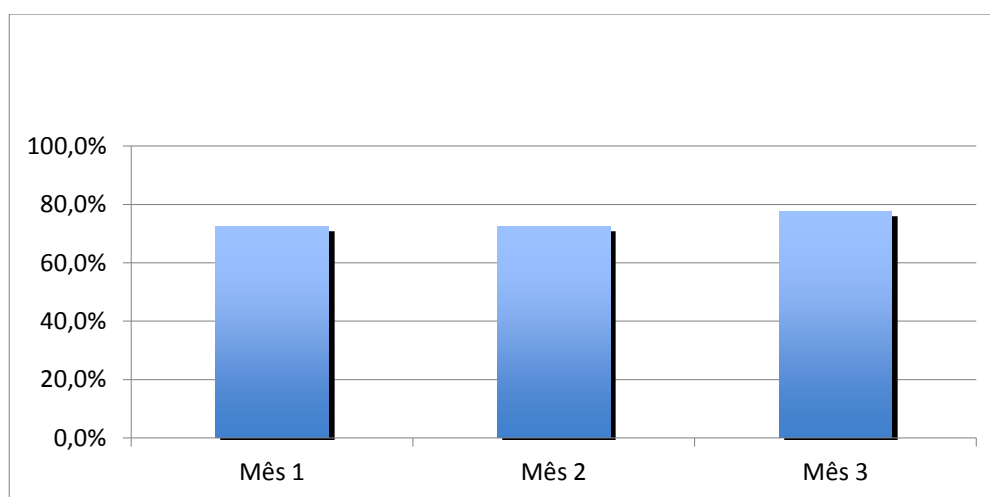


Figura 15: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

18) Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Relação entre o número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta esperada: fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Todas as crianças receberam orientações nutricionais durante as consultas de acordo com a sua faixa etária, isso foi conseguido devido o preenchimento da ficha espelho que ajudava a lembrar de pontos chaves da consulta de puericultura. Obtivemos os valores de 100% em todos os três meses, sendo 40 crianças, 73 e 120 crianças do primeiro ao terceiro mês respectivamente.

19) Indicador: proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Relação entre o número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária e o número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta esperada: fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

Tivemos uma estimativa muito baixa (6/120) ao fim da intervenção de crianças orientadas sobre a higiene bucal durante a intervenção, isso porque estávamos sem profissional de odontologia e as crianças que necessitavam de atendimento eram referenciadas para outras unidades.

Conseguimos uma estimativa de 0% no primeiro mês, 5,5% (4/73) crianças e 5% (6/120) no terceiro mês.

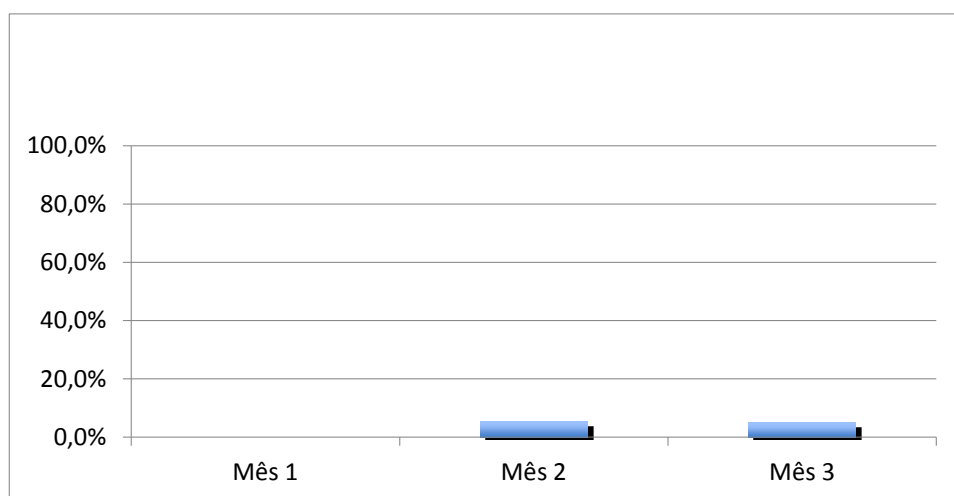


Figura 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

4.2 Discussão

A intervenção, na unidade básica de saúde, propiciou à ampliação da cobertura da atenção integral as crianças, a melhoria dos registros, da qualificação, da continuidade e longitudinalidade e a coordenação da atenção à saúde da criança. Tivemos destaque no ajuste das consultas de puericultura conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, promoção ao aleitamento materno, ampliação da suplementação profilática do ferro, além da melhoria do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao programa de puericultura e avaliação do crescimento e desenvolvimento. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira e da auxiliar de enfermagem. Sendo que a médica e a enfermeira ficaram responsáveis por elaborar as reuniões e as capacitações, enquanto o auxiliar de enfermagem realizou a divisão e orientação dos ACS para as atividades na sala de espera bem como ficou responsável de agendar as consultas das crianças por busca ativa, as quais foram realizadas por toda a equipe, mas principalmente pelos ACS.

Essas atividades acabaram tendo impacto em outras atividades do serviço, como no programa de pré-natal com orientação precoce sobre o aleitamento materno, além do sistema de acolhimento da demanda espontânea por todos da equipe.

Antes da intervenção as atividades do programa de puericultura eram concentradas no médico atendente. A intervenção pode rever as atribuições da equipe, viabilizando também que o enfermeiro pudesse fazer os atendimentos de forma alternada com o médico.

A melhoria do registro e o agendamento das crianças viabilizou a agenda para melhor acesso dos usuários.

O impacto da intervenção ainda é parecia pouco percebido pela comunidade, porém as mães das crianças demonstravam satisfação pelo melhor acesso e acompanhamento. Porém gerava insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade devido à demora nas consultas de puericultura.

Conseguimos ampliar a cobertura do programa e melhorar a qualidade do atendimento, mas ainda há muito trabalho para conseguirmos a cobertura total e

mantermos os atendimentos das crianças conforme as orientações do Ministério da Saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido melhor as atividades do curso, desenvolvendo-as com a equipe. Também faltou a articulação com a comunidade para explicar o programa de puericultura, bem como facilitaria nas reuniões para palestras a nível comunitário que não foram feitas.

O ponto chave que precisamos melhorar para incorporarmos a intervenção na rotina do serviço é ampliar a importância do mesmo para a comunidade, envolvendo-os neste processo de trabalho. Isso poderá ser realizado com a realização de reuniões com a comunidade para discussão de pontos da intervenção, isso porque a comunidade é o foco dos nossos atendimentos.

Pretendemos manter um foco especial nos indicadores que não obtivemos sucesso e naqueles que conseguimos cobertura parcial, como as crianças assistidas quanto à saúde bucal, teste da orelhinha e programa de suplementação de ferro. Mantendo o estímulo a busca ativa das crianças e orientando a comunidade.

4.3 Relatório para os gestores

A equipe 19 da unidade básica de saúde FUNASA 2, estratégia de saúde da família realizou uma intervenção visando a melhoria na atenção integral a saúde da criança que durou 12 semanas.

Nosso foco foi a puericultura, a qual atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares com o intuito ainda de oferecer medidas preventivas mais eficazes.

Apesar de algumas dificuldades inerentes à reforma da unidade, conseguimos desenvolver ações no âmbito de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, os quais são o eixo pedagógico do curso de pós-graduação em Saúde da Família.

Para que esse trabalho pudesse ser realizado, ocorreu um esforço de toda a equipe. Desde a ampliação do seu conhecimento por meio de reuniões e

capacitações, quanto por propagação desse conhecimento para a comunidade por meio de palestras na unidade na sala de espera.

Conseguimos ampliar tanto o número de crianças atendidas na unidade, quanto melhorar a assistência integral quanto o acompanhamento daquelas com déficit nutricional e no desenvolvimento.

Entre os objetivos almejados, tivemos sucesso no aumento do número de crianças cadastradas para 80%, correspondendo a 120 crianças, aumento das crianças assistidas na primeira semana de vida para 55% (66/120), melhoria do acompanhamento nutricional e desenvolvimento para 85% (102/120), aumento das crianças realizando a suplementação de ferro para 83,8% (31 crianças de 37 na faixa etária de 6-24 meses), aperfeiçoamento das buscas ativas para 90% (9/10 crianças faltosas) nos domicílios e ampliamos os indicadores nos programas de imunização para 95,8% (115/120) e no incentivo ao aleitamento materno.

Tivemos dificuldades no acesso dos clientes ao teste da orelhinha e a saúde bucal. Uma vez que o teste não é realizado no município e precisa de referência, e no período da intervenção não tínhamos odontólogo na unidade devido a reforma nas instalações da UBS. Além disso, as balanças para menores de 2 anos e o antropômetro são materiais que geralmente estão não funcionando. As fichas espelho e os cartões de consultas são outros materiais que necessitam de ajuda financeira para manter-se na unidade.

As fichas espelho ajudam a esquematizar os principais pontos do atendimento em puericultura e servem como um guia homogêneo para a anamnese e raciocínio clínico dos profissionais de saúde que realizam a assistência das crianças. Já os cartões de consultas são um convite para o usuário participar do programa, evitando faltas desnecessárias e informando a população das idades estabelecidas pelo Ministério da saúde para adequada consulta em puericultura.

Muitas das ações foram incorporadas a rotina da unidade, a saber: monitoramento das crianças que ingressam no programa de puericultura na primeira semana de vida, consulta facilitada para as crianças através do cartão de consultas, monitoramento das crianças desnutridas, obesas ou de alto risco, incentivo pela equipe ao aleitamento materno e acolhimento as crianças. Isso tudo tem sua importância, pois traz uma melhoria na assistência integral a saúde da criança, além de fortalecer a equidade no acompanhamento das crianças.

Infelizmente não conseguimos atuar no interior da comunidade propagando os objetivos da intervenção e realizando reuniões para integrá-los no processo de construção desse trabalho. Isso porque, devido à reforma nas instalações da unidade e a pouca disponibilidade de salas para atendimento, tivemos que reformular a agenda de trabalho de todos os profissionais da equipe, o que ocasionou obrigações restritas trabalho de cada profissional na UBS com o intuito de cumprirmos grande parte das demais ações inerentes à estratégia saúde da família. Assim, não conseguimos sair da unidade para palestras e reuniões de grande amplitude com a comunidade.

Acreditamos que o apoio dos gestores nos materiais necessários para a intervenção descritos acima, bem como a participação dos mesmos com ideias para somarmos com as da equipe seja de extrema importância para realizarmos um trabalho integrado com as quatro instâncias representativas de um Conselho de saúde. Almejamos nos planos futuros essa parceria para expandir o modelo da intervenção e de seus benefícios.

4.4 Relatório para a comunidade

A equipe 19 da unidade básica de saúde FUNASA 2, estratégia de saúde da família realizou uma intervenção visando a melhoria na atenção integral a saúde da criança.

Nosso foco foi a puericultura, a qual atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a realização de estratégias para evitar a instalação de doenças na infância, passar conhecimentos educativos para as crianças e de seus familiares e demonstrar formas práticas que a família pode prevenir doenças.

Para que esse trabalho pudesse ser realizado, ocorreu um esforço de toda a equipe. Desde a ampliação do seu conhecimento por meio de reuniões e capacitações, quanto por propagação desse conhecimento para a comunidade por meio de palestras na unidade na sala de espera.

Conseguimos ampliar tanto o número de crianças atendidas na unidade, antes da intervenção tínhamos uma média de 4-5 crianças que faziam efetivamente a puericultura, após a intervenção ficamos com uma média de 10 crianças por semana,

além disso, melhoramos a assistência integral e o acompanhamento daquelas com déficit nutricional e no desenvolvimento.

Entre os objetivos almejados, tivemos sucesso no aumento do número de crianças cadastradas para 80%, aumento das crianças assistidas na primeira semana de vida para 55%, melhoria do acompanhamento nutricional e desenvolvimento para 85%, aumento das crianças realizando a suplementação de ferro para 83,8%, aperfeiçoamento das buscas ativas para 90% nos domicílios e melhorias nos programas de imunização para 95,8% e aleitamento materno.

Muitas das ações foram incorporadas a rotina da unidade, a saber: monitoramento das crianças que ingressam no programa de puericultura na primeira semana de vida, consulta facilitada para as crianças através do cartão de consultas, monitoramento das crianças desnutridas, obesas ou de alto risco, incentivo pela equipe ao aleitamento materno e acolhimento as crianças.

Infelizmente não conseguimos atuar no interior da comunidade propagando os objetivos da intervenção e realizando reuniões para integrá-los no processo de construção desse trabalho. Porque o tempo de trabalho dos profissionais, principalmente os de nível superior, envolve prioritariamente atividades na UBS. Não conseguindo tempo alternativo para atividades dentro da comunidade, fato que deve ser contornado.

Entre os planos futuros, aspiramos desde já essa parceria entre a UBS e sua comunidade da área adscrita para realizarmos melhorias na atenção integral as crianças, baseando-se nos anseios tanto da equipe de saúde 19, como da comunidade.

Assim, investimos na melhoria da assistência das crianças, realizando um trabalho em equipe de forma coordenada e com objetivos bem estruturados. Porém, entendemos que esse trabalho é algo que deve ser feito constantemente, porque o que não melhora tende a piorar ou ficar parado no tempo, não acompanhando as atualizações bibliográficas e nem as mudanças que ocorrem na população.

5. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de Aprendizagem

A prática do trabalho em uma equipe básica de saúde como experiência inicial profissional, trouxe muitos conhecimentos que aos poucos foram se solidificando e gerando transformações na continuidade da atenção clínica. Desenvolver uma atividade em equipe é essencial para se obter êxito nas relações do trabalho, sendo que as características distintas, além dos costumes e práticas pré-existentes a chegada de um novo integrante, torna-se um desafio no aspecto de desenvolver mudanças para melhoria das atividades locais.

Sabendo que atenção primária a saúde é a porta de entrada, e que os profissionais que nela trabalham precisam ter uma postura proativa para utilização de recursos e formulação de estratégias que modifiquem assistência à população. O curso de especialização em saúde da família trouxe um bom embasamento em ritmo gradual para o desenvolver dessa postura nos profissionais.

Muitas expectativas foram alcançadas no desenvolver do curso, o qual demonstrou uma temática não apenas focada na intervenção e estudo do SUS, mas também tinha o objetivo de ampliar o saber clínico nos fóruns de clínica e tarefas específicas de estudos de práticas clínicas.

Entre as expectativas iniciais pode-se citar como as principais: o desejo de ser um agente transformador, ter uma ampliação do conhecimento em relação ao SUS, ampliar a experiência profissional, ter a construção de um conhecimento intervencionista e crítico com enfoque na estratégia de saúde da família e garantir a repercussão da intervenção na comunidade, além de ampliar os conhecimentos clínicos.

Essas expectativas foram em sua maioria alcançadas no decorrer do curso, fazer uma intervenção é um desafio principalmente para quem nunca teve essa experiência. Ela traz um conhecimento que pode ser vivenciado no seu dia-dia de trabalho, e traz uma visão crítica deste processo.

Os fóruns do curso de especialização trouxeram experiências profissionais vivenciadas por outros profissionais em outros locais e com características distintas de cada município. E os estudos clínicos voltados para os pontos que precisávamos ampliar no nosso saber foram essenciais para a construção de um conhecimento estruturado e sólido.

Em decorrência da estrutura do curso ter um tempo limitado e ser voltada para o processo da construção de um conhecimento prático vivenciado pela intervenção, deixa algumas falhas no conhecimento específico voltado as leis e características

gerais do SUS, porém fornece todo o material para o conhecimento que pelo tempo curto do curso não conseguimos explorar todo o material fornecido adequadamente.

As unidades de estudo do curso com um caráter pré-requisitivo para as outras foram importantes para uma construção lenta e gradual de uma intervenção, já que esta era baseada na prática do profissional. Sendo assim, tornou-se uma estratégia baseada em evidências, que poderá se tornar rotina prática em outras unidades de saúde.

O curso significou um grande avanço na prática profissional, visto que trouxe uma nova forma de aprendizado e a construção estruturada de conhecimentos que podiam ser compartilhados com demais colegas de trabalho.

Trouxe ainda uma ampliação do conhecimento adquirido para os demais profissionais da equipe no qual o profissional realizava sua assistência, além de trazer melhorias no foco da intervenção na UBS.

Certamente o aprendizado mais relevante foi à vivência de realizar a intervenção na unidade de trabalho visando melhorias no programa de assistência integral a criança a qual foi o foco estabelecido, trazendo inovações a equipe a qual fazia parte. Esse trabalho, portanto, torna o profissional um agente transformador e o habilita a realizar também esse trabalho em outros locais de trabalho.

Bibliografia

RICCO R.G, DEL Ciampo L. A. **Puericultura: princípios práticos. Atenção Integral a Saúde da Criança.** 1 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001 CITADO POR Luis Antonio et al em o Programa de Saúde da Família e a Puericultura.

SILVA, Fátima. **Implantar a consulta de Puericultura para Crianças de 0-2 anos na área do Pratiús II- Pindoretama-CE**. Fortaleza, 2009.

ANTONIO, Luis et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciências & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, v.11, n 3, p. 739-743, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura física das unidades básicas de Saúde: saúde da família. Brasília : Ministério da Saúde, 2008

NETO, Francisco; PIMENTEL, Nilson. Perfil Econômico dos Municípios do Amazonas - 7 Sub- Região – Manacapuru. Manaus: Ed. Portal Amazônia, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNESNET; DATASUS. 2014. Disponível em : < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeAM.def> >. Acesso em: 29/05/2014.

SIQUEIRA, Fernando et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. Pelotas, v. 14, n.1, p. 39-44, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2011.

Anexo A- Ficha Espelho



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS: _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm Apgar: 1º min: ____ 5º min: ____ Idade gestacional: _____ semanas ____ dias
 Tipo de parto: _____ Tipagem sanguínea: _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ____/____/____
 Fenocotunária () normal () alterado / Hipotireoidismo () normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado / Observações: _____
 Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ____/____/____ Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

| CALENDÁRIO VACINAL | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatite B | BCG | Pentavalente | VPI | Rotavírus | Pneumoc. 10 | Mening. C | Tríplice viral | Tríplice bacteriana (Reforço Penta) | Febre amarela |
| Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |
| | | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: ____ | | |



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

| CONSULTA CLÍNICA | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data | | | | | | | | | | | |
| Nome do profissional que atendeu | | | | | | | | | | | |
| Idade (anos e/ou meses) | | | | | | | | | | | |
| Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade) | | | | | | | | | | | |
| Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade) | | | | | | | | | | | |
| Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado) | | | | | | | | | | | |
| IMC em kg/m ² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada) | | | | | | | | | | | |
| Desenvolvimento: provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado | | | | | | | | | | | |
| Criança o risco: sim ou não | | | | | | | | | | | |
| Uso de sutião feminino: sim ou não | | | | | | | | | | | |
| Alimentação materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada | | | | | | | | | | | |
| Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA) | | | | | | | | | | | |
| Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não | | | | | | | | | | | |
| Orientação sobre higiene bucal | | | | | | | | | | | |
| Data da próxima consulta | | | | | | | | | | | |


Anexo B- Planilha de Coleta de Dados

| Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|-------------------------------|---|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--|---|--|
| Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | Sexo | A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida? | A criança está com o monitoramento de crescimento em dia? | A criança está com déficit de peso? | A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia? | A criança está com excesso de peso? | A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia? | A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia? | A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia? | A criança está com o esquema vacinal em dia? |
| Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | 0 - Masculino 1 - Feminino | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 41 | | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | | | |

| | A | B | C | M | N | O | P | Q | R | S | T |
|---|---|--|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | |
| | Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | A criança está com o esquema vacinal em dia? | A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro? | Foi realizada triagem auditiva na criança? | A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida? | A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico? | A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática? | A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro? | Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta? |
| 2 | Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 45 | | 42 | | | | | | | | | |
| 46 | | 43 | | | | | | | | | |
| 47 | | 44 | | | | | | | | | |
| 48 | | 45 | | | | | | | | | |
| 49 | | 46 | | | | | | | | | |
| 50 | | 47 | | | | | | | | | |
| 51 | | 48 | | | | | | | | | |
| 52 | | 49 | | | | | | | | | |
| 53 | | 50 | | | | | | | | | |
| ⏪ ⏩ ⏴ ⏵ ⏶ ⏷ ⏸ ⏹ ⏺ ⏻ ⏼ ⏽ ⏾ ⏿ | | | | | | | | | | | |

| Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1 | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|--|--|--|--|--|---|--|---|
| Dados para coleta | Número da criança | Nome da Criança | A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro? | Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta? | A criança está com registro adequado na ficha espelho? | Foi realizada avaliação de risco na criança? | A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância? | A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura? | A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária? | A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie? |
| Orientações de preenchimento | de 1 até o total de crianças cadastradas | Nome | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim | 0 - Não 1 - Sim |
| 42 | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | |
| 51 | | | | | | | | | | |
| 52 | | | | | | | | | | |
| 53 | | | | | | | | | | |

Anexo C- Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



SAÚDE DA CRIANÇA!

| | | | |
|------------|-------|-------|-----------------|
| Até 7 dias | 2 mês | 6 mês | 12 mês |
| 1 mês | 4 mês | 9 mês | 1 ano e 6 meses |

PROGRAMA DE PUERICULTURA PARA CRIANÇAS DE 0 ATÉ 6 ANOS.
SEU FILHO MERECE ESSE CUIDADO...

SAÚDE DA CRIANÇA!

| | | | |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 2 anos | 3 anos | 4 anos | 5 anos |
| 6 anos | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PROGRAMA DE PUERICULTURA PARA CRIANÇAS DE 0 ATÉ 6 ANOS.
SEU FILHO MERECE ESSE CUIDADO...